

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1938-1939

N° 23

LES FISTULES ABDOMINALES
DANS LA
TUBERCULOSE
UTÉRO-ANNEXIELLE
ET LEUR
TRAITEMENT CHIRURGICAL

Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le Lundi 5 Décembre 1938

PAR

Jean-Marie LORRAIN

Élève de l'École de Santé Navale

Né à REIMS (Marne), le 23 Août 1914

Examineurs de la Thèse

MM.	GUYOT, Professeur	Président
	JEANNENEY, Professeur	
	LOUBAT, Agrégé	Juges
	MASSE, Agrégé	

BORDEAUX

Imprimeries GRENOUILLEAU-LANDAIS ET LES FILS

— 1938 —



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1938-1939

N° 23

LES FISTULES ABDOMINALES
DANS LA
TUBERCULOSE
UTÉRO-ANNEXIELLE
ET LEUR
TRAITEMENT CHIRURGICAL

Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le Lundi 5 Décembre 1938

PAR

Jean-Marie LORRAIN

Élève de l'École de Santé Navale

Né à REIMS (Marne), le 23 Août 1914

Examineurs de la Thèse

}	MM. GUYOT, Professeur	Président	
	JEANNENEY, Professeur	}	
	LOUBAT, Agrégé		Juges
	MASSE, Agrégé		

BORDEAUX

Imprimeries GRENOUILLEAU-LANDAIS ET LES FILS

— 1938 —

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

Doyen M. MAURIAC.
 Assesseur M. LABAT.
 Doyen honoraire M. C. SIGALAS.



PROFESSEURS HONORAIRES

MM. POUSSON, MOURE, RIVIERE, BARTHE, DENIGES, BEILLE, CASSAET,
 CHAVANNAZ, PACHON, C. SIGALAS, SABRAZES, BÉGOUIN, DUPOUY.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale	MAURIAC.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ROCHER.
Clinique chirurgicale et gynécologique	DUPÉRIE.	Clinique médicale des maladies des enfants	CRUCHET.
Clinique chirurgicale	GUYOT.	Chimie biologique et médicale.	MACHEBOEUF.
Pathologie et thérapeutique générales	PAPIN.	Physique médicale et pharmaceutique	WANGERMEZ.
Clinique d'accouchement	CARLES.	Médecine coloniale et clinique des maladies exotiques	BONNIN.
Anatomie pathologique et microscopie clinique	ANDERODIAS.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	PETGES.
Anatomie	DAMADE.	Clinique des maladies des voies urinaires	DUVERGEY.
Anatomie générale et histologie	VILLEMIN.	Clinique des maladies nerveuses et mentales	ABADIE.
Hygiène	G. DUBREUIL.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Médecine légale et déontologie.	LEURET.	Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Electroradiologie et clinique d'électricité médicale	LANDE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie	CREYX.
Chimie	RECHOU.	Clinique odonto-stomatologique	DURECQ
Botanique et matière médicale	CHELLE.		
Pharmacie	GOLSE.		
Zoologie et parasitologie	VITTE.		
Médecine expérimentale	MANDOUL.		
Clinique ophtalmologique	AUBERTIN.		
Physiologie	TEULIERES.		
	FABRE.		

LACOSTE (Histologie), PÉRY (Obstétrique), PERRENS (Maladies mentales),
 R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles), JEANNENEY (Chirurgie générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.		MM.
Anatomie	N.	Chirurgie générale	CHARBIER.
—	DOUFUR.	—	LOUBAT.
Physiologie	N.	—	MASSE.
Médecine générale	PIÉCHAUD.	—	DARGET.
—	N.	—	N.
—	DELMAS-MARSALET	Obstétrique	RIVIERE.
—	DE GRAILLY.	Ophtalmologie	BEAUVIEUX.
—	FONTAN.	Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
—	BROUSTET.	Dermatologie et syphiligraphie	JOULIA.
—	DERVILLEE	Physique médicale	N.
—	N.	Chimie générale pharmaceutique et toxicologie	N.

COURS COMPLÉMENTAIRES

	MM.		MM.
Anatomie	J. BEAUVIEUX.	Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.
Physiologie	PETITEAU.	Physique médicale et pharmaceutique	AURIAC.
Médecine opératoire	JEANNENEY	Médecine légale	DERVILLEE
Accouchements	RIVIERE.	Urologie	GIRARD.
Pathologie médicale	DELMAS-MARSALET	Botanique	MOUREAU.
Ophtalmologie	CABANNES (en congé).	Bactériologie	POPLAWSKI.
Puériculture	FAUGÈRE.	Législation pharmaceutique ...	CASTAGNOU.
Pharmacie galénique	MESNARD.	Chimie minérale	

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes M. N.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS.

Faible témoignage de ma profonde
reconnaissance.

A MA FEMME.

A MES CAMARADES DE L'ECOLE DE SANTE NAVALE.

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL CAZAMIAN,

*Directeur de l'Ecole Principale du Service de Santé
de la Marine et des Troupes Coloniales.*

Commandeur de la Légion d'honneur,

Officier du Mérite Maritime,

Officier de l'Instruction Publique.

AU DOCTEUR JEAN VILLAR,

Chirurgien des Hôpitaux.

Qui nous a inspiré ce sujet et nous a
accordé, sans cesse, l'appui de son
expérience et de ses conseils.

En hommage respectueux et recon-
naissant.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GUYOT,

*Professeur de Clinique Chirurgicale et Gynécologique,
Chirurgien de l'Hôpital Saint-André,
Membre correspondant de l'Académie de Chirurgie,
Vice-Président de la Société française de Gynécologie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de Guerre,
Officier de l'Instruction Publique.*

En remerciement du grand honneur
qu'il nous a fait en acceptant de pré-
sider notre thèse.

INTRODUCTION

Au cours de notre stage dans le Service du Professeur Guyot, le Docteur Jean Villar, à qui nous avons demandé un sujet de thèse, nous fit l'honneur de nous confier ce travail et voulut bien nous communiquer ses observations personnelles sur la question.

Parcourant la littérature médico-chirurgicale, nous avons eu la surprise de constater que ce sujet était à peine traité. Touchant à l'énorme question de la bacillose utéro-annexielle, on lui accorde bien, de ci, de là, quelques lignes, mais aucun travail d'ensemble n'en a, depuis 1902, date à laquelle la chirurgie triomphante augmenta considérablement le pourcentage de ces fistules, fixé les grandes lignes. Certes, on signale, dans les suites opératoires, l'apparition des fistules, mais, presque jamais, nous n'avons trouvé de description, de traitement, ou même de simple résumé de leur évolution. Il semble, qu'obsédé par la bacillose génitale, on se préoccupe peu du devenir évolutif d'une fistule abdominale, secondaire si l'opération tentée a réussi. C'est, du moins, ce qui paraît découler de la lecture des observations que nous avons trouvées.

Et pourtant, ces fistules constituent une complication sérieuse, longue, entraînant une incapacité presque totale. La guérison, en l'occurrence la cicatrisation définitive de la fistule, est cependant, nous espérons le démontrer, possible, soit médicalement, soit surtout chirurgicalement.

C'est là le but que nous nous sommes proposé.

EVOLUTION DES IDEES SUR LE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE ANNEXIELLE

Nous n'avons pas la prétention de traiter ici l'énorme question que constitue la tuberculose des annexes, mais il nous a semblé utile de faire, au début de ce travail, une petite mise au point du traitement de cette affection, puisque, comme nous le verrons par la suite, ce traitement est le plus souvent l'origine des fistules abdominales.

La tuberculose utéro-annexielle fut bien décrite pour la première fois par Brouhardel qui, en 1865, rapporte dans sa thèse 56 observations. Hégar, en 1886, fut le premier, semble-t-il, à préconiser l'extirpation systématique des organes génitaux tuberculeux. Depuis, on voit, de plus en plus, la tuberculose génitale profiter des méthodes et de l'instrumentation, chaque jour plus parfaites, de la chirurgie. Nous arrivons ainsi par étapes à l'enthousiasme chirurgical qui se traduit au Congrès International de Rome en 1902 par l'attitude de J.-L. Faure, déclarant que : « Tout foyer de tuberculose développé dans les annexes doit être extirpé largement. » Les opérations se multiplient, mais, peu à peu, l'opinion se modifie et, en 1911, au Congrès de Munich, le débat porte avant tout sur la question de savoir s'il faut pratiquer l'opération radicale ou l'opération conservatrice. Le rapport de Patel et Olivier, en 1913, apporte la première grande statistique française sur la question.

Depuis cette époque, de nombreuses publications permirent d'apprécier les résultats éloignés. Sous l'influence des travaux de Patel, Olivier, Vautrin, Greenberg, G. Van Smith et surtout de Villard (de Lyon) et F. Condamin,

l'opération conservatrice marque une avance très nette. Reprenant pour la tuberculose génitale l'aphorisme d'Ollier à propos de la tuberculose articulaire : « Tuberculose n'est pas cancer », le Professeur Villard préconise une attitude éclectique, prise dans chaque cas d'après la forme anatomo-chirurgicale des lésions constatées. En somme, une conduite surtout opportuniste.

Néanmoins, la thèse de l'opération radicale conserve d'ardents défenseurs qui, comme J.-L. Faure, Donay, Daniel (de Bucarest), semblent être restés les partisans de la castration totale.

Le Congrès International de Paris, en octobre 1933, constitue une remarquable mise au point de la question. Les rapports de Moulonguet, de Brocq, de Gibert et de R.-L. Rochat se sont prononcés en faveur d'une conduite opportuniste. Presque à l'unanimité, médecins et chirurgiens admettent que seul, un traitement opératoire peut assurer la guérison, les méthodes médicales et physiques n'étant que des adjuvants, très importants d'ailleurs. « De cette importante discussion (nous citons ici les propres paroles de P. Brocq, rapporteur du Congrès) deux tendances semblent se dégager. L'une reste fidèle aux conclusions du Congrès de Rome de 1902 : opération large dans la plupart des cas. L'autre est celle que nous avons soutenue dans notre rapport : opération variable avec les lésions. Adjonction du traitement médical et de la physiothérapie. En réalité, ces différences d'opinion sont moins importantes qu'elles n'apparaissent au premier abord. Si nous limitons la discussion aux seuls cas particulièrement délicats, ceux qui sont graves du point de vue de l'état général ou de l'état local, nous sommes bien près de nous entendre. Pour tous les autres cas, la thèse de l'exérèse triomphe; personne ne le conteste. Restent les situations graves, qui donnent les complications sévères et les mortalités élevées. Nul ne conteste également la réalité de ces échecs. Permettez-moi de continuer à soutenir que, pour

ces cas, s'ils sont identifiés au cours de l'intervention, la prudence est à recommander. Mieux vaut battre en retraite que de courir les risques trop évidents de dégâts importants, en particulier de déchirures intestinales. Cette retraite est honorable, car elle laisse aux malades la possibilité de guérir ou d'être améliorées par l'association de la laparotomie ou de la laparotomie avec exérèse incomplète et de la physiothérapie. »

Nous terminerons ce court rappel historique par l'exposé succinct de quelques points qui semblent dominer actuellement le traitement de la tuberculose annexielle.

1. On est revenu des opérations héroïques qui, trop souvent, ont comme enjeu la vie de la malade, ou, si elle survit, sont grevées d'un pourcentage de fistules considérables.

2. Dans ce traitement, une notion capitale est intervenue : la notion du temps. Opérer d'emblée, sans préparation spéciale, une tuberculose fébrile, en pleine bacillémie, en état de diminution, d'amaigrissement, c'est une faute lourde, grosse de conséquences redoutables. C'est là que doivent intervenir le traitement médical avec toutes ses modalités et la physiothérapie; il semble qu'un séjour dans un sanatorium soit à recommander.

3. Maintenant, apparaît la notion de l'heure chirurgicale. Celle-ci sonnera après l'heure de la bacillose évolutive.

ETIOLOGIE

En examinant les différentes statistiques de tuberculose annexielle publiées, la fréquence des fistules paraît relativement grande. En réalité, elles constituent la complication la plus fréquente de cette affection.

Dans cette étude, nous diviserons nos fistules en deux groupes; d'après leur étiologie, nous distinguerons :

Les fistules spontanées;

Les fistules post-opératoires.

1° Les fistules spontanées

Ces fistulisations ne sont pas fréquentes, heureusement d'ailleurs, parce qu'elles sont la source de difficultés thérapeutiques parfois insurmontables. Loin d'entraîner une amélioration de l'état général et de la fièvre, comme l'ouverture des collections purulentes banales, la fistulisation des abcès tuberculeux amène, au contraire, une aggravation de tous les symptômes.

Elles sont dues au processus tuberculeux qui gagne les organes voisins par la voie de ses adhérences, ulcère leurs parois et peut même s'ouvrir à la peau. On ne les rencontre qu'à un stade avancé de la tuberculose génitale, et elles ont été surtout décrites dans les protocoles d'autopsie. Sur les 121 observations de sa thèse, Olivier en cite 2. Dans les 53 cas de F. Condamin, nous n'en avons pas relevé une seule. On voit donc qu'il s'agit là de cas très rares.

2° Fistules post-opératoires

Elles sont fréquentes, à tel point que leur danger constitue un des arguments que l'école abstentionniste oppose aux chirurgiens. Si nous examinons les chiffres donnés par les principales statistiques, nous voyons que :

F. Condamin (Service du Professeur Villard) a eu 10 fistules sur 48 survies;

Greenberg, rapportant les résultats de 104 opérations, signale un pourcentage de 17,3 % de fistules stercorales, 33 % de suppurations pariétales et 7 % de fistules fécales tardives;

Hartmann et Bergeret, sur 7 malades opérées et suivies, signalent 3 fistules; 3 autres malades ont succombé de tuberculose secondaire, 2 étant porteuses de fistules;

Lenormant et Moulonguet eurent 4 fistules sur 12 hystérectomies.

A quoi attribuer ce nombre important de fistules post-opératoires ? Tout d'abord, au fait que les opérations pour annexites tuberculeuses revêtent un caractère assez différent de celui que l'on rencontre dans les autres salpingites, où la décortication et la séparation des organes malades sont en général faciles, tandis qu'on ne peut que difficilement enlever les abcès tuberculeux de ces organes. Ce tissu néoformé devient, en effet, assez rapidement, épais, dur, fibreux, si bien qu'on ne peut le déchirer qu'avec la plus grande difficulté et au prix de délabrements plus ou moins importants des organes voisins, origines de fistules futures.

Dans cette question de responsabilité étiologique se place la notion du drainage, notion déjà ancienne, puisque, en 1902, M^{lle} Piotrowska s'en préoccupait et se prononçait en sa faveur.

La question a, depuis, été reprise bien souvent, et à l'heure actuelle l'accord est bien loin d'être réalisé. Nous nous occuperons plus particulièrement du drainage à la Mikulicz et, une fois de plus, nous laisserons la place aux chiffres.

Greenberg, sur 104 malades, opéra de la façon suivante ;
dans 56 % des cas : drainage vaginal ;
27 % des cas : drainage abdominal ;
17 % des cas : drainage mixte.

17,3 % présentèrent des fistules, le pourcentage indiquant une proportion des 3/4 après drainage abdominal.

Nous avons analysé les 53 cas de F. Condamin. Sur les 48 survies, il y eut, correspondant à 13 drainages et 4 Mikulicz, 10 fistules post-opératoires. Sur les 4 Mikulicz, 3 ont donné des fistules abdominales (les observations 32, 49, 51). En prenant la question autrement, d'une façon qui nous intéresse plus spécialement, nous voyons qu'à l'origine de ces 10 fistules, il y a eu 8 drainages, dont

3 Mikulicz. Condamin se prononce d'ailleurs catégoriquement contre le drainage abdominal et le Mikulicz.

Les 3 observations de la thèse de Ghinis, qui, toutes trois, ont été drainées par Mikulicz, comportent trois fistules dont 2 furent stercorales. En 1933, au Congrès de Paris, P. Brocq déclare : « Il vaudrait mieux ne pas avoir à employer le Mikulicz dans les pelvi-péritonites bacillaires et, en général, il serait à souhaiter que l'on put se passer de drainage. Le drainage d'une lésion tuberculeuse n'est-il pas toujours une pratique discutable, pour ne pas dire détestable ? »

Cette gerbe de statistiques et d'opinions semblait condamner définitivement le drainage et surtout le Mikulicz. Or, dans un article récent, publié dans le *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, en janvier 1938, MM. Lapeyre, Estor et Gros s'élèvent contre cette condamnation et apportent, à l'appui de leur théorie, une statistique personnelle de 22 cas (6 avec drainage, 15 avec mèches et drains, 1 avec Mikulicz). Dans aucun cas, ils n'eurent de fistulisation pariétale persistante. Passant ensuite en revue les cas de drainage au Mikulicz publiés dans la littérature, ces auteurs arrivent à un total de 98 observations, se répartissant ainsi quant aux résultats éloignés :

- 9 guérisons simples;
- 8 suppurations pariétales momentanées;
- 10 fistules pyostercorales guéries, soit spontanément, soit après réintervention;
- 1 fistule pyostercorale persistante;
- 10 morts par généralisation tuberculeuse...

Et ces auteurs concluent : « Cette statistique avec lourde mortalité prouve, non que le Mikulicz ait une action défavorable sur les suites opératoires, mais que l'annexite tuberculeuse a, par elle-même, une grande gravité. Le

Mikulicz, contrairement aux notions classiques, nous semble être de nature à améliorer le pronostic de ces opérations. »

C'est, nous semble-t-il, passer un peu vite du particulier au général, car la statistique personnelle de ces auteurs ne comporte qu'un seul Mikulicz. De plus, la statistique générale, qui se réduit à 38 cas, comprend 10 fistules ou suppurations pariétales. Ces chiffres nous semblent assez éloquents pour démontrer le rôle capital joué par le Mikulicz dans l'étiologie des fistules.

Cette question du Mikulicz dans les annexites bacillaires vient d'ailleurs d'être traitée dans la thèse de Bonald, élève du Professeur Lapeyre. Sur 43 opérées, drainées par le Mikulicz, nous relevons 8 fistules pariétales et 16 fistules pyostercorales représentant à elles seules un pourcentage de 37,2 %. Bien qu'essayant de réhabiliter le Mikulicz, Bonald est obligé de reconnaître qu'il faut, autant que possible, l'éviter et que, lorsque l'on est contraint de l'employer, les risques de fistule pyostercorale sont très grands.

Pour clore ce débat, nous croyons ne pas pouvoir mieux faire que de citer cette phrase du Professeur Lapeyre qui, nous écrivant, déclare : « Quand j'opère une bacilliose annexielle, je ne draine pas. Aussi, ai-je cru intéressant de signaler un cas où, contraint de le faire, la cicatrisation s'est faite sans fistule. »

Pour nous, nous accusons formellement le drainage et principalement le Mikulicz d'être l'origine de fistules. Nous avons relevé son emploi dans presque toutes nos observations. Et nous le condamnerons pour les raisons suivantes :

1° Il est le plus souvent inutile. C'est, en effet, un fait d'expérience, que la péritonite secondaire à une opération pour tuberculose annexielle, est exceptionnelle, le péritoine semblant, pour ainsi dire, vacciné.

2° Il est, le plus souvent, nuisible, car amenant presque

toujours la création d'une fistule qui, le plus souvent, devient bacillaire au bout d'un temps assez court.

3° Enfin, le contact du Mikulicz avec les anses malades risque de compliquer la fistule d'une atteinte intestinale qui aggrave considérablement le pronostic.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET MECANISME DE LA FORMATION DE LA FISTULE

En étudiant l'état des annexes tuberculeuses, nous allons, du même coup, apprendre à connaître le terrain où va s'établir la fistule. C'est surtout la trompe qui nous occupera, car c'est elle qui, le plus souvent, est le siège de l'affection (dans 90 % des cas).

Dans la trompe, les tubercules, ayant débuté dans le chorion sous-muqueux, se caséifient rapidement et finissent par former de petits foyers caséeux, de coloration jaunâtre, qui envahissent la musculature. Le pus distend peu à peu la poche tubaire, d'autant plus que l'orifice utérin peut s'oblitérer et que le pus continue à se produire. Cette distension de la poche l'amène au contact des organes voisins : vessie, vagin, intestins et surtout rectum grâce à la descente habituelle dans le cul-de-sac de Douglas; les adhérences se forment alors et c'est sur la nature même de ces adhérences qu'il faut insister.

Contrairement aux adhérences inflammatoires banales, elles ne s'arrêtent pas à la séreuse, mais gagnent peu à peu les diverses tuniques intestinales. Très intimes, elles soudent en un bloc compact tout ce qui les touche, constituant un amas informe dans lequel il est souvent difficile de retrouver les annexes. Elles sont charnues, épaisses, œdémateuses, parfois même infiltrées de tubercules. Il y a donc une grande différence entre les adhérences inflammatoires simples et ces adhérences tuberculeuses: tandis

que les premières sont constituées par des exsudats qui doublent la séreuse péritonéale en l'épaississant, les secondes, au contraire, sont infiltrées de granulations qui, selon l'expression de M. Villard, « brodent » les tuniques intestinales en amincissant leurs parois ; celles-ci céderont au moindre effort de traction. Pour résumer en un mot le caractère de cette péri-annexite, nous disons qu'elle est offensive.

Dans la fistule, la perforation interne et l'ouverture cutanée ne sont pas en contact, mais elles sont séparées par un trajet plus ou moins long ou une poche purulente, de sorte que les parties constituantes sont : l'orifice cutané, le trajet fistuleux (la cavité intermédiaire), l'orifice interne dont le siège est variable.

Nous envisagerons le mécanisme de la formation de la fistule dans les deux cas suivants :

Fistules spontanées;

Fistules post-opératoires vraies.

1° Fistules spontanées

Moins fréquentes que les secondes, elles sont l'aboutissant de la marche offensive des adhérences. Exceptionnelles dans les cas de tuberculose pure, elles se rencontrent lorsqu'il y a fistulisation de l'intestin. L'abcès surinfecté par la pénétration des matières et des gaz, s'accroît, dissocie et perfore la paroi externe. Leur pronostic est sombre, car elles impliquent une tuberculose en pleine évolution.

Dans ces fistules spontanées, nous établirons une distinction entre les fistules spontanées pures et les fistules « spontanées artificielles ». Dans les premières, on assiste au développement et à l'éclosion de la fistule, dont la marche ressemble à celle d'un phlegmon banal. Assez souvent même, le diagnostic de pyosalpinx tuberculeux n'a pas été posé et ne le sera qu'après l'examen du pus fistuleux. Dans les secondes, il y a intervention du chirurgien

qui, devant cet « abcès superficiel », donne un coup de bistouri... La fistule s'en suit. Elle se serait d'ailleurs créée spontanément peu de temps après. Entre les deux, il n'y a donc que peu de différences.

2° Fistules post-opératoires vraies

L'ouverture à la peau, artificielle, précède la perforation interne dont le siège peut être variable. Cette ouverture interne peut se faire dans la vessie, la trompe, le grêle, le sigmoïde et surtout le rectum.

La perforation dans la vessie est grave, car loin d'être un processus de guérison comme dans certains cas de suppurations annexielles banales, des complications, tant urinaires que péritonéales, viennent aggraver rapidement la situation.

L'orifice interne peut siéger sur la trompe. C'est là une origine assez rare, mais qui se rencontre. Nous en avons deux exemples dans nos observations. On se trouve alors en présence d'une fistule, dite cataméniale, à trajet direct, dont le pronostic est assez favorable.

La fistule du grêle, rare, est particulièrement redoutable, car elle s'accompagne de troubles sérieux de la nutrition, de dépérissement et de déchéance de l'état général.

Mais le plus souvent, la fistulisation siège sur le sigmoïde et surtout le rectum, ce qui s'explique anatomiquement, par le mouvement de bascule qu'effectuent les annexes enflammées pour tomber dans le Douglas où elles s'accolent à la paroi antérieure du rectum. Ces fistules sont moins grosses de conséquences que les précédentes, car elles ne s'accompagnent pas de troubles de la nutrition. Néanmoins, elles constituent une gêne importante pour la malade et, une fois le trajet fistuleux établi, le processus tuberculeux l'envahit rapidement, aidant aux matières fécales à y produire les fongosités caractéristiques qui empêcheront toute guérison spontanée.

Nous devons maintenant séparer ces fistules post-opératoires en deux classes :

a) Après opération partielle;

b) Après castration totale;

car le mécanisme de leur formation est bien différent dans les deux cas.

A) Après opération partielle

L'opération, incomplète de nom, l'est aussi en réalité. Il reste du tissu tuberculeux de ci, de là. Certes, comme le dit le Professeur Villard (de Lyon): « Tuberculose n'est pas cancer », et il n'est pas nécessaire de tout enlever; mais il n'en reste pas moins vrai que, dans certains cas, c'est ce tissu tuberculeux restant qui, gagnant de place en place, aboutit à la création de la fistule. Déjà, en 1908, dans un article du *Lyon Médical*, Violet disait : « La persistance d'une fistule abdominale purulente, après une intervention contre une suppuration pelvienne, se voit surtout à la suite des interventions incomplètes ! »

B) Après castration totale

Le mécanisme est différent, disions-nous; en effet : ici, on a tout enlevé; il n'y a plus de tissu génital tuberculeux; ce qui va provoquer la fistulisation, c'est l'état des parois intestinales, les lésions tuberculeuses latentes non visibles aux yeux de l'opérateur, et c'est là que se montre clairement le rôle offensif des adhérences sur lequel nous insistions plus haut.

Certes, on peut, ici, comme dans le cas précédent, faire intervenir les manœuvres opératoires, le décollement des adhérences et surtout le drainage, le contact des compresses qui dépolissent le péritoine, il n'en reste pas moins vrai que le principal rôle est joué par l'envahissement tuberculeux des tuniques intestinales. C'est cet état intestinal qui détermine le mode d'apparition de la perforation, celle-ci étant proportionnée au degré d'infiltration.

Dans certains cas, en effet, le processus morbide réalise lui-même la communication, par destruction des tuniques intestinales. Dans d'autres, la paroi n'est qu'affaiblie et la lésion n'est pas d'emblée perforante, mais, soit que les tissus lésés se sphacèlent par la suite, soit qu'en évacuant la collection purulente et le soutien que formait celle-ci n'existant plus, la pression abdominale s'exerce sans réaction; la fistule se produit dans les jours qui suivent l'intervention.

Capital, comme on peut le voir, au point de vue pathogénique, l'état intestinal conditionne également le pronostic de ces fistules.

FORMES CLINIQUES.

EVOLUTION ET DIAGNOSTIC

Nous continuerons, pour cette étude, à nous servir de notre division des fistules en spontanées et post-opératoires.

A) FISTULES SPONTANÉES

Elles sont l'apanage des formes très graves. Résultant des deux mécanismes déjà étudiés en anatomie pathologique, elles sont entièrement dominées :

1° Par la notion d'envahissement bacillaire évolutif des tissus voisins;

2° Par celle de communication intestinale aboutissant à la forme pyo-stercorale .

L'envahissement bacillaire se juge facilement à l'examen clinique. C'est, en général, une jeune femme, pâle, ayant subi un amaigrissement rapide aboutissant souvent à la cachexie, qui présente, après un début aigu fréquent, ou progressif, une température oscillant entre 37° 5 et 40°.

Au niveau du ventre se constitue, peu à peu, sans souffrance, soit dans la région médiane, soit dans une fosse iliaque, une masse inflammatoire plus ou moins volumineuse, dure et peu douloureuse à la pression, de contours flous, indécis, fixe sur les plans profonds, qui va remplir la région hypogastrique ou s'étaler contre l'arcade crurale en remontant vers la fosse iliaque. Cette tumeur se crée presque sous les yeux du clinicien, augmentant de volume presque à vue d'œil, et le contraste est très grand entre l'intensité des signes généraux, l'évolution locale rapide et le peu de signes fonctionnels (douleur, retentissement péritonéal). Il n'en faut pas plus pour faire irrésistiblement penser à la bacillose pelvienne, aucune lésion suppurative aiguë du petit bassin n'évoluant au milieu d'une telle indifférence fonctionnelle et avec aussi peu de retentissement sur les organes voisins.

Bientôt, si le processus tuberculeux persiste et, dans ces formes graves, rien ne l'arrête, l'adhérence se fait à la peau. Mais il faut bien dire que la fistulisation à l'abdomen nécessite, de façon presque indispensable, le petit coup de pouce produit par l'ouverture dans l'intestin d'une des collections purulentes bacillaires constituant la pseudo-tumeur. Ouverture unique, ouvertures multiples. Dans le colon ou dans le grêle. Le résultat est toujours le même : poussée de surinfection locale; apparition des douleurs; atteinte rapide et infiltration de la paroi avec œdème, rougeur violacée, puis création d'un abcès en bouton de chemise. Un véritable phlegmon pyo-stercoral est constitué et il menace de s'ouvrir.

La fistule va s'établir soit spontanément, soit par un coup de bistouri, obligatoire quoique évidemment regrettable dans son pronostic. La fistule, médiane ou latérale, est créée, et l'évacuation de pus et de matières fécales se fait plus ou moins abondamment.

A l'exploration clinique, il existe une infiltration de la paroi abdominale, d'un cul-de-sac latéral du vagin ou de

la région hypogastrique, un véritable suiffage du petit bassin.

Dans ces conditions, seul, le traitement médical en cure sanatoriale peut être mis en œuvre. Le pronostic reste grave. Tout dépend de l'état général et de la résistance de la malade, de la persévérance du processus tuberculeux, enfin — et nous y insistons à nouveau — de la gravité de la fistule intestinale et de son siège. Très souvent, ces malades succombent aux progrès de la cachexie, à la dégénérescence amyloïde, aux infections surajoutées, à des complications bacillaires évolutives (granulie, méningite) qui sont rarement pulmonaires. Bien rares sont les cas où l'intervention chirurgicale amènera le résultat espéré. Il en existe, mais, pour quelques guérisons publiées, combien de terminaisons malheureuses sur lesquelles la littérature médicale reste muette ! Dans les cas heureux où le processus évolutif se stabilise, il va falloir compter des mois et même des années avant de se trouver devant une séquelle, consistant en une fistulette centrée sur un vieux pyosalpinx tuberculeux. Nous le répétons, cette éventualité est exceptionnelle et bien peu de ces malades pourront bénéficier de l'intervention curatrice. Dans ce cas, elles rentreront dans l'un des cadres schématiques que nous allons nous efforcer de mettre en valeur dans le chapitre suivant consacré aux fistules post-opératoires.

B) FISTULES POST-OPÉRATOIRES

Celles-ci, nous y revenons, sont de deux natures différentes, que nous avons étudiées en anatomie pathologique.

Ou elles succèdent à une castration unilatérale, et elles sont dues, dans ce cas, à la continuation du processus tuberculeux au niveau du pédicule utérin sectionné, de l'utérus ou de l'annexe opposée. Il restera à faire l'hystérectomie, et nous nous hâtons de dire que ce sont les cas qui offrent, au point de vue chirurgical, les plus grandes possibilités thérapeutiques.

Ou bien l'hystérectomie a été faite dans un premier temps, la fistule lui succédant, et nous insistons à nouveau sur l'origine intestinale, dans 99 % des cas, de cette dernière. Exceptionnel, sera l'envahissement du col, nécessitant une cervicectomie; presque toujours, si ce n'est toujours, il va falloir extirper le trajet fistuleux en allant jusqu'à son origine au niveau de l'anse incriminée, le plus souvent au niveau du sigmoïde.

Cependant, dans les deux cas, les lésions peuvent être ramenées à trois types cliniques, que nous allons nous efforcer de définir le plus parfaitement possible, car il est essentiel de les bien connaître, pour pouvoir poser, avec le plus de sécurité possible, les indications opératoires (classification du Docteur J. Villar).

I. — Fistule à trajet direct, le plus souvent après hystérec-

tomie :

Dans ce cas, il s'agit de malades dont l'intervention remonte souvent à de longues années. Petit à petit, les lésions locales ont régressé, les masses inflammatoires ont fondu ; il n'existe plus de masse perceptible au palper abdominal et toucher vaginal combinés. Le petit bassin est souple, non douloureux. Une sonde cannelée, un stylet s'enfoncent droit vers le rectum et quelquefois, au toucher rectal ou au toucher vaginal profond, on sent l'extrémité du stylet sans aucune lésion inflammatoire interposée. Souvent — et nous insistons sur ce point — le diagnostic de fistule intestinale n'a pas été posé. Il faut bien savoir qu'elle existe toujours et s'acharner à la mettre en évidence par les différentes manœuvres habituelles dont nous allons parler maintenant.

Tout d'abord, on donnera à la malade un lavement au bleu de méthylène. Il est rare que le bleu ne parvienne pas à la paroi abdominale, même au cas où ni les gaz et encore moins les matières fécales ne passent par la plaie.

Cette manœuvre étant la plus simple, on doit toujours

commencer par elle. Si elle échoue, on fera alors une injection de lipiodol dans la fistule. Dans les heures qui suivront, la malade préviendra, presque toujours, qu'elle vient d'expulser par l'anus le lipiodol injecté.

Si le résultat n'est pas probant et, dans tous les cas, la manœuvre s'impose pour juger des diverticules du trajet, on pratique, après lipiodol, une radio ou, plus exactement, une série de radio qui, elle, affirmera l'existence de la fistule, surtout s'il s'agit d'une fistule du grêle.

Dans tous nos cas, ces manœuvres ont été mises en action et nous ont toujours apporté la preuve formelle de l'origine intestinale de la lésion.

En somme, il s'agit, dans cette forme clinique, d'une fistule stercorale, parfois dissimulée, mais stercorale tout de même, à trajet relativement direct entre la peau et l'intestin, sans masses inflammatoires adjacentes, chez une malade dont, par définition, l'étape d'évolution bacillaire est finie. S'il ne s'agissait pas de tuberculeuses, ces femmes auraient été déjà opérées un peu partout... mais les divers chirurgiens, connaissant leurs antécédents, estiment contre-indiqué d'intervenir... Et c'est pourquoi, ces femmes traînent dans les établissements sanatoriaux avec, nous espérons le démontrer, des fistules curables.

A l'appui de ce que nous disions plus haut, concernant le recul de certains chirurgiens devant l'acte opératoire, citons le cas d'une de nos observations où le chirurgien de la malade écrivit personnellement au Docteur Jean Villar, pour lui rappeler l'origine tuberculeuse de la lésion et le mettre en garde contre l'intervention qu'il projetait. Cette malade a parfaitement guéri, et nous donnons son observation plus loin.

Dans cette forme clinique, à trajet direct, il nous faut faire rentrer une catégorie spéciale de fistules : les fistules cataméniales. Celles-ci sont caractérisées anatomiquement, comme nous l'avons déjà vu, par un trajet fistuleux

très court, allant de la paroi abdominale à une des trompes.

Cliniquement, ce sont des malades jeunes qui, le plus souvent, ont été appendicectomisées, quelquefois pour une erreur de diagnostic. Dans d'autres cas, on a fait une opération conservatrice, pour bacillose utéro-annexielle, une salpingectomie, par exemple, et on a fixé le moignon de trompe à la paroi.

Dans tous les cas, une fistule s'établit au niveau de la cicatrice opératoire, qui est, en général, latérale. Et, à chaque période menstruelle, on va voir, par cet orifice, s'effectuer une hémorragie, le plus souvent minime (quelques gouttes de sang) qui cessera avec les règles.

Le pronostic de ces fistules est essentiellement favorable, l'hystérectomie subtotala ou une opération conservatrice, selon le cas, assurant la guérison totale, sans récidives.

II. — Fistule abdominale, avec masse annxielle, sans fistule

intestinale, décelable cliniquement ou par les moyens

signalés :

Ce groupe clinique comprend plus spécialement les cas d'opérations partielles. Il s'agit là de jeunes femmes ayant subi une chirurgie conservatrice. Elles ont leur utérus flanqué d'un pyosalpinx bacillaire du côté opposé à la précédente lésion et la fistule communique avec le foyer tuberculeux pelvien (moignon de trompe sectionnée, utérus plus rarement, annexe opposée quelquefois).

Dans ce cas, nous conseillons de tout mettre en œuvre et à plusieurs reprises pour mettre en évidence une fistule intestinale latente qui, opératoirement, nous le verrons au chapitre III, complique terriblement l'intervention jusqu'à la contre-indiquer quelquefois.

En l'absence clinique de cette fistule, comment poser l'indication opératoire ? Ici encore, se place la notion de

bacillose évolutive, et il est bien évident que nous n'interviendrons que chez des malades stabilisées, en cure sanatoriale depuis de longs mois, avec bon état général, sans température, ou tout au moins en période d'accalmie, après avoir, à l'aide du traitement général et de la glace sur le ventre, paré du mieux possible à des accidents de surinfection aiguë, toujours curables.

Pour se décider — il nous faut insister sur ce point — c'est l'examen précis, minutieux des lésions qui nous fournira la clé de l'indication opératoire. Trois éléments capitaux en constitueront la base. Ce sont :

La notion de fixité du volume de la lésion;

La notion de contour;

La notion de mobilité.

a) Tout d'abord, il faut que leur volume soit fixé. Une lésion qui augmente de volume est encore en évolution; une lésion qui diminue s'améliore, et c'est à l'extrême limite de cette diminution, aboutissant à un volume fixé depuis déjà de longues semaines (environ trois mois) qu'on peut penser à l'intervention. Nous avons déjà suffisamment insisté sur l'importance de cette notion pour ne pas nous y attarder plus longuement. Nous signalerons cependant que ce point optimum n'est pas toujours facile à déterminer et qu'une forte expérience de la question est nécessaire pour y parvenir.

b) Non moins grande est l'importance du contour des lésions. Relativement facile à extirper sera la masse annexielle dont les contours seront nets, précis, bien palpables. Au contraire, les contours diffus, le manque de souplesse des tissus voisins font présager l'existence d'adhérences intestinales qui vont constituer, peut-être, un obstacle infranchissable au chirurgien. En somme, une lésion dont le volume ne se modifie plus, mais dont les contours se précisent, doit être tenue pour encore évolutive, dans le sens du mieux, et il ne faudra pas se hâter d'intervenir.

Ce ne sont là que nuances, peut-être, mais nous y insistons volontairement, car elles ont à nos yeux une importance extrême. N'oublions jamais, en effet, que nous opérons en milieu sanatorial et que, dans ces cas, *le temps ne compte pas*.

c) De la mobilité des lésions, nous parlerons au minimum. En gynécologie ordinaire, c'est le signe essentiel; ici aussi, bien entendu, et il ne viendrait à l'idée de personne de discuter l'intervention si l'état général est favorable et la lésion mobile. Mais, en fait de tuberculose, cette mobilité utérine et annexielle reste exceptionnelle et même dans les lésions bien stabilisées, fixées, à contours bien précis, il est très rare d'obtenir mieux qu'une très légère ascension possible de l'utérus et une minime mobilisation de la masse annexielle sur les plans profonds. A vouloir attendre la mobilité chez ces malades, comme on le fait à juste titre dans la pelvi-péritonite banale, on risquerait de laisser passer le moment favorable et de ne jamais prendre le bistouri.

Il faut avoir ouvert un ventre dans un de ces cas jugés le plus favorable possible, pour comprendre, devant l'importance des lésions, leur sclérose et la richesse des adhérences intestinales, que, jamais, cette chirurgie ne pourra être exécutée facilement, avec le minimum de risques, comme cela a lieu dans l'infection annexielle banale.

Toutes nos interventions, pratiquées par le Docteur Jean Villar, au moment le plus favorable possible, ont été atrocement difficiles, et il nous suffira, pour le montrer, de dire que ces hystérectomies, au lieu d'être exécutées en 20 à 30 minutes, comme dans la chirurgie gynécologique habituelle, ont demandé entre 1 h. 30 et 2 heures pour être menées à bien.

Nous insistons sur ce fait pour bien mettre en évidence qu'il ne s'agit là, en aucun cas, de chirurgie ordinaire, facile, à technique bien réglée et qu'il est nécessaire à qui

veut l'entreprendre de posséder beaucoup de patience et une solide expérience gynécologique.

III. — Fistule abdominale coexistant avec une masse annexielle et une fistule intestinale :

Nous nous trouvons ici en présence de l'éventualité la plus grave qui, très souvent d'ailleurs, restera au-dessus des ressources de la chirurgie.

En effet, opératoirement, on se trouve en présence d'un véritable bloc fusionnant les lésions génitales et l'intestin malade sur une longueur variable, mais le plus souvent fort importante. Après avoir péniblement et au prix quelquefois de plusieurs sutures intestinales sur le grêle, déblayé les lésions jusqu'à exposition du petit bassin, on se rend compte, au doigt, de la prise postérieure du Douglas et du haut rectum; et ceci contre-indique formellement toute exérèse, la résection du rectum entraînant des risques de fistule stercorale massive et définitive par suite de l'impossibilité de toute autoplastie, qui sont trop grands pour qu'on puisse envisager de continuer l'intervention. Dans notre observation I, le Docteur Jean Villar, par suite d'une erreur du service, n'apprit que le ventre ouvert l'existence d'une perméation intestinale chez la malade. L'intervention dut être abandonnée au bout d'une heure d'efforts, un véritable bloc vésico-utéro-rectal, indisséparable, faisant craindre, au lieu de la fistule purulente banale (car ni gaz, ni matières ne passaient, bien entendu), une double fistule, rectale et vésicale.

Cette forme clinique est donc de beaucoup la plus mauvaise, et nous répétons que l'indication opératoire doit être posée avec le plus grand soin. C'est pour ces malades qu'il convient de prolonger au maximum la cure sanatoriale, pour elles qu'il est indispensable d'attendre que la lésion ait atteint un volume minimum, qu'elles soient stabilisées parfaitement et que les courbes de poids et de

température soient tout à fait favorables. C'est pour elles aussi que nous préconisons avec le plus de minutie la recherche de la mobilité de la lésion. Contrairement à ce que nous avons dit pour les précédentes formes cliniques, nous pensons qu'ici, il faut attendre cette mobilité, car, si on arrive à l'obtenir, les difficultés opératoires pourront être infiniment moins grandes et, dans ces conditions, nous nous laisserions encore aller, tous les autres facteurs étant favorables, à tenter l'intervention. Mais, plus encore que dans la forme précédente, la notion de temps ne doit pas exister, c'est par années qu'il faut compter cette attente. Nous insistons également sur le fait que ces malades ne sont à aucun moment des malades d'hôpital, le sanatorium leur est indispensable.

Dans ces conditions, il est possible que l'on voie la fistule intestinale disparaître par auto-guérison, ce qui ramènerait la malade au cas précédent. C'est possible... Nous n'en pouvons dire davantage, car nous manquons d'observations et d'expérience sur ce point, justement à cause de la trop longue durée de ces fistules, qui fait qu'elles échappent à l'observation clinique d'un même chirurgien.

Il nous est donc difficile de prendre position, mais, néanmoins, nous pouvons affirmer que le pronostic reste très grave tant que persiste l'évolution bacillaire.

TRAITEMENT

Le traitement pré-opératoire

Nous avons, au cours de cette étude, suffisamment montré l'importance prépondérante de la cure sanatoriale, pour qu'il soit inutile de nous y appesantir ici plus longuement. Répétons une dernière fois que cette cure, accompagnée de toute la médication générale, nécessaire en

pareil cas, doit être longue, afin d'amener la malade au point optimum, qui permettra d'entreprendre l'opération. Ces malades ne peuvent et ne doivent, en aucun cas, être gardées à l'hôpital, où — nous sommes catégoriques — elles ne peuvent pas guérir.

Le traitement médical. — Les petits moyens

Sous cette rubrique, nous rangerons tout ce qui n'est pas l'acte opératoire. Beaucoup de ces moyens ont été employés avec des fortunes diverses pour la bacillose utéro-annexielle. La littérature est moins riche en ce qui concerne leur emploi dans les fistules. Cependant, certains procédés nous semblent dignes d'attention.

A) L'Héliothérapie

Cette méthode a une importance indiscutable, ayant amené des améliorations et même la guérison. Nous n'en voulons pour preuve que la belle observation de Bérard, où la malade, présentant deux fistules pyo-stercorales, guérit, par l'association de l'hélio et de la photothérapie (appareil de Miramond de la Roquette).

On peut faire usage également de l'héliothérapie post-opératoire qui, en général, donne d'excellents résultats.

Néanmoins, la cure solaire nous semble devoir être considérée plutôt comme un adjuvant du traitement opératoire, et nous considérons l'observation de M. Bérard comme une heureuse exception. Il n'en reste pas moins vrai que nous possédons là une arme qui devra toujours être essayée.

B) Les curettages

Ceux-ci, effectués après dilatation du trajet à la lamine, doivent être prudents et profonds. On les fera suivre d'un attouchement au chlorure de zinc à 10 % qui, lui aussi, sera profond. Dans les jours suivants, on pourra faire des injections répétées de lipiodol dans la fistule..

Il ne faudrait pas penser qu'un seul curettage suffit à amener une amélioration, encore moins la guérison. C'est là une méthode qu'il faudra répéter plusieurs fois, 4, 5 et 6 fois même, sans se décourager, si l'on veut aboutir à un résultat. Dans ces conditions, il est possible d'obtenir des guérisons.

Dans une de nos observations (V), une fistule, nettement stercorale, durant depuis près d'un an, guérit complètement après 4 curettages successifs. Le Docteur Douay a signalé également une guérison de fistule pyo-stercorale après trois curettages du trajet. Il nous faut donc reconnaître dans le curettage un moyen de valeur et qui a fait ses preuves.

C) Les rayons ultra-violet

Leur action est identique à celle des rayons solaires avec une efficacité discutée, mais qui nous semble au moins égale. Certains auteurs, tels que Saidmann, Plefferkorn vont jusqu'à considérer leur action comme très supérieure à celle de l'irradiation solaire.

Quoi qu'il en soit, leur valeur thérapeutique dans les fistules n'est qu'accessoire, et nous ne voulons les considérer que comme un adjuvant utile de l'acte opératoire.

D) Radio et Röntgenthérapie

En dépit de leur emploi de plus en plus constant, des travaux de Mathey-Cornat sur cette question, nous n'en dirons que peu de choses. Elles ont été employées dans toutes nos observations ou presque, et nous n'avons obtenu aucune amélioration. Citons encore une observation de Michèle Floris (de Cagliari) : annexite fistulisée et pelvi-péritonite tuberculeuse. On obtint une amélioration notable, mais la fistule persista.

E) Injections modificatrices

Nous ne citons que pour les condamner formellement les injections de liquides modificateurs, genre Calot, qui

ne donnent aucun résultat positif, mais, par contre, provoquent une irritation locale et même un empoisonnement général. Nous n'avons jamais employé la pâte de Beck qui ne peut amener la guérison et avec laquelle des accidents toxiques ont été signalés.

De cet examen des traitements médicaux, il ressort une notion que nous voulons mettre en valeur : il est rare que l'on puisse, par eux seuls, obtenir la guérison. Néanmoins, ils devront être toujours employés, particulièrement les curettages répétés et l'héliothérapie naturelle ou artificielle, avant d'envisager le traitement chirurgical, car nous ne devons négliger aucune chance de salut.

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL

A) Préparation de la malade

Nous serons brefs à ce sujet, nous contentant de signaler deux ou trois points particuliers à cette catégorie de malades :

— Pas de grands purgatifs, mais de grands lavements évacuateurs simples;

— Pas de jeûne préopératoire;

— Nettoyage très soigneux de l'abdomen, tout particulièrement de la région de la fistule.

B) Anesthésie

Nous avons toujours employé l'éther, sans souci de complications pulmonaires que nous n'avons jamais observées, de préférence à la rachianesthésie (qui nous déplaît pour une opération aussi longue, chez ces tuberculeux hypotendus) au chloroforme ou au rectanol, qui nous semblent contre-indiqués, comme trop toxiques pour une opération prolongée.

C) Technique opératoire

1° Incision médiane, dans l'ancienne cicatrice, qu'on excise, en laissant en place, tout d'abord, l'orifice fistuleux, qu'il est, le plus souvent, inutile de fermer par une bourse, car il s'écoulera très peu de liquide et nous aurons besoin, au cours de l'opération, de nous servir du trajet.

Ouverture très haute de l'abdomen, loin de la zone des adhérences supposées. Repérage immédiat du trajet fistuleux et des adhérences bloquant le petit bassin. Libération des adhérences superficielles du grêle. Résection de l'épiploon. Découverte et isolement de toute l'anse sigmoïde. Poursuite du trajet le plus bas possible vers le Douglas, de façon à pouvoir, avant toute manœuvre interdisant un recul, contrôler le Douglas et la prise du haut rectum. Si, à ce moment, on se rend compte, au doigt, que le haut rectum est envahi, que la partie haute du Douglas est bloquée, avec des anses grêles intimement adhérentes, fusionnées, il n'y a plus qu'à battre en retraite. La même décision s'imposera si l'on trouve, en avant, un bloc compact, constitué par la vessie collée à la masse utéro-annexielle.

Ces contre-indications opératoires sont, nous y insistons fortement, absolument schématiques. Il y a là une question d'expérience, de doigté, de flair et surtout de tempérament chirurgical, qui fait la part personnelle du chirurgien telle qu'il nous est impossible de formuler aucune règle précise.

2° L'opération ayant été jugée possible, le trajet fistuleux est alors circonscrit entre deux traits de bistouri, puis disséqué, et l'incision descend maintenant jusqu'au pubis. Continuer à disséquer le trajet par sa face antérieure. Bientôt, si la malade a déjà été hystérectomisée, on arrive sur une petite masse indurée, qui n'est autre

que le moignon du col utérin. Attention : la cervicectomie est inutile (cf. les deux opérations de Parcelier).

Continuer la libération du trajet, isolé petit à petit. On arrive alors sur les régions profondes qui, évidemment, vont nous réserver le maximum de difficultés. Dès lors, notre trajet, dans lequel il est utile de placer un long stylet, de façon à bien repérer sa direction, va se trouver fusionné, soit avec une masse annexielle dont il émane (cas le plus favorable), soit avec le gros intestin.

Dans le premier cas, il s'agit de masse utéro-annexielle résiduelle à extirper. L'opération va consister en une hystérectomie subtotale plus ou moins difficile, accompagnée d'une, deux ou trois libérations intestinales plus ou moins épineuses. Pas de conseils possibles, de technique fixe dans une telle chirurgie. La recherche minutieuse des plans de clivage, une douceur extrême, une hémostase rigoureuse sont des éléments essentiels. Nous attirerons l'attention sur deux autres points particuliers : le repérage anatomique est effroyablement difficile; il faudra lui consacrer un temps considérable. Pas de coup de ciseaux mal dirigé ou au hasard, qui risquerait à tout moment l'ouverture de l'intestin. D'autre part, se souvenir que : « Tuberculose n'est pas cancer » et ne pas hésiter à laisser en place une poche collée à l'intestin, après l'avoir grattée, nettoyée, plutôt que de provoquer une brèche intestinale (éventualité redoutable).

Dans le second cas, l'hystérectomie ayant déjà été faite, nous sommes en présence d'un trajet direct, sans masse annexielle, cas encore plus difficile, car les repères anatomiques n'existent plus. Ne pas hésiter, en se rappelant le même aphorisme, si ce trajet est trop adhérent, collé à l'anse, à l'ouvrir sur la sonde, à nettoyer les fongosités et à en abandonner une partie à l'anse intestinale après avoir vérifié qu'il n'y a pas communication. Bien entendu, on aura repéré très soigneusement le bout distal du trajet fistuleux, de façon, l'obstacle sauté, à pouvoir continuer

la dissection jusqu'au bout; car il est indispensable de parvenir à l'anse mère. Sans cette précaution, il restera entre l'origine et le point où la dissection s'est arrêtée, un cul-de-sac qui ne tardera pas à donner naissance à un nouvel abcès, origine d'une nouvelle fistule.

La technique préconisée par le Docteur Jean Villar, technique qui lui est personnelle, repose sur cette constatation opératoire, qu'un pareil trajet fistuleux direct a pour origine presque toujours, si ce n'est toujours, une seule anse intestinale (vérification radiologique pré-opératoire). Il est donc loisible, à condition de remonter jusqu'à l'anse mère, d'abandonner une part du trajet à une anse intestinale, si elle lui est trop adhérente, car elle ne communique qu'exceptionnellement.

3° L'origine étant découverte, résection du trajet au ras de la paroi intestinale. Ligature au fil de lin au ras de l'intestin. Double ou triple enfouissement, par dessus, au fil de lin (essentiel). Reconstituer ensuite la topographie des anses en les repéritonisant. Masticage avec l'épiploon soigneusement conservé. Hémostase rigoureuse.

4° Reste la question du drainage. Prohiber de façon absolue tout drainage abdominal par mèche ou par Mikulicz. Nous avons, au chapitre de l'étiologie, longuement insisté sur cette question et montré, du moins nous l'espérons, que cette sorte de drainage est à l'origine de fistules simples ou stercorales dans 99 % des cas. Nous en donnerons une nouvelle preuve, personnelle cette fois. Au début de sa technique, le Docteur Jean Villar, opérant la malade P., laissa deux petites mèches iodoformées protégeant un drain placé au voisinage d'une suture rectale. Quoique placées loin du drain, les mèches suffirent à créer une fistule pour laquelle on dut réintervenir.

Dans ces conditions, comment drainer ? Un petit drain abdominal est souvent nécessaire. Il doit sortir de l'abdomen, au niveau de l'ancien orifice excisé de la fistule et

se trouver au fond du Douglas, si celui-ci n'est pas comblé par les anses, car, en aucun cas, il ne doit être au contact des sutures intestinales.

Si l'hystérectomie a déjà été accomplie dans un premier temps et qu'un drainage pelvien soit indispensable (écoulements purulents, danger de surinfection, principalement colibacillaire, brèches intestinales, dépéritonisation, hémostase impossible) ce drainage devra toujours être effectué par voie vaginale. Après avoir disséqué le rectum à la face postérieure du col vésical, — et nous ne conseillons pas la totale systématique, par suite de l'infiltration vésicale et de la disparition du clivage normal recto-vaginal, — on incise, sur une sonde cannelée poussée dans l'orifice cervical (après subtotal), toute la face postérieure du col, sur la ligne médiane, jusqu'au vagin, instituant ainsi le drainage vaginal. Par ce cul-de-sac vaginal postérieur, on fait passer un drain qui affleure l'orifice, et, de chaque côté de ce drain, une mèche iodoformée qui tamponnera le petit bassin.

La péritonisation, au-dessus du drainage, doit être minutieuse, ne laissant plus aucune communication entre le petit bassin et le haut abdomen. On la réalisera à l'aide du lambeau vésical et du sigmoïde renforcés par l'épiploon. S'il existe une suture du rectum, il vaut mieux, si celle-ci siège sur le bas rectum, péritoniser sans drainage autre qu'un petit drain vaginal ou abdominal. Si c'est le haut rectum ou le sigmoïde qui est en cause, il vaut mieux écarter les mèches de la zone suturée.

5° Lavage à l'éther.

Fermeture de la paroi en trois plans, en se gardant des fils totaux qui inoculent la bacillose à toute la paroi et en ne mettant jamais dans la paroi de fils perdus, soie, crins, fils de lin, qui occasionnent des fistules. Donc, s'attacher à faire un surjet péritonéal, des points musculo-aponévrotiques au catgut et une suture cutanée aux crins,

renforcée, si on le veut, par quelques crins un peu plus profonds, cutané-aponévrotiques.

6° Soins post-opératoires.

Sérum salé à hautes doses.

Tonicardiaques les premiers jours.

Glace sur le ventre.

En général, pas de lavement, pas même de lavement hypertonique et pas de sonde rectale contre les gaz, si suture difficile du rectum.

Purgation très retardée et très légère (5 grammes d'huile de ricin au 8^e jour).

Ablation du drain abdominal après 48 heures.

Ablation du drain vaginal et des mèches au 6^e, 7^e jour.

LEGITIMITE DU TRAITEMENT CHIRURGICAL

Doit-on vraiment opérer ces malades à un moment quelconque ? Ne vaudrait-il pas mieux les laisser guérir seules, si tant est qu'elles puissent y parvenir, ou tout au moins les laisser vivre avec leurs fistules ? Comme l'écrivait ironiquement Graham, à propos des fistules pleurales : « Mieux vaut un homme vivant avec sa fistule, qu'un cadavre parfaitement guéri ! » La question est importante. Nous y répondrons par l'examen des trois notions suivantes :

- a) Gravité immédiate des interventions chirurgicales;
- b) Morbidité et léthalité secondaires;
- c) Qualité de la guérison obtenue.

A) La gravité de l'acte chirurgical

Il est évidemment très difficile. Nous voudrions pouvoir donner des chiffres, des statistiques, mais ces opé-

rations sont rares, et il n'existe pas, à notre connaissance du moins, de travaux d'ensemble sur la question. Vu notre petit nombre d'observations, nous ne pouvons avoir qu'une impression générale. Disons tout de suite qu'elle est très favorable.

En effet, sur 4 malades opérées, aucune mortalité opératoire, aucune réaction péritonéale immédiate, malgré des interventions, nous le répétons, extrêmement laborieuses. Il semble qu'on se trouve en présence, chez ces malades, d'un péritoine véritablement vacciné, qui leur permet de supporter, avec le minimum de risques de péritonite, l'acte opératoire.

En examinant attentivement la littérature de ces fistules, nous n'avons trouvé aucun cas de mortalité publié. Ignorant s'il en existe d'autres, nous pouvons faire admirer ce résultat : aucune mortalité opératoire.

B) Accidents secondaires

Le réveil de l'infection bacillaire est toujours à redouter chez ces malades. Le danger de la méningite, de la granulie et, même, le réveil, au cours d'actes opératoires plus ou moins difficiles, de certains foyers pulmonaires latents, jusqu'alors passés inaperçus, ne doit pas être mésestimé.

Ainsi, nous avons observé, chez une de nos malades (B.), qui a, du reste, parfaitement guéri, des accidents de céphalée persistante, avec température, qui nous ont fait redouter, pendant près d'un mois, l'apparition de la méningite tuberculeuse.

Une autre de nos malades (D.) présenta, au cours de ses suites opératoires, une asthénie avec hypotension et légère pigmentation cutanée qui réagit merveilleusement au traitement hypersalé. Cette insuffisance surrénalienne légère rétrocéda parfaitement et, deux ans après, nous avons eu d'excellentes nouvelles de cette malade.

Il faut donc bien savoir que des accidents sérieux peuvent toujours survenir après l'opération, bien que réduits au minimum, si l'on opère vraiment des malades parfaitement stabilisées. Leurs risques ne nous semblent pas, à eux seuls, devoir contre-indiquer l'intervention.

C) Qualité de la guérison

Après tant d'efforts, après avoir surveillé nos malades pendant des mois et des mois, avoir peiné au cours d'une opération plus que laborieuse, avoir suivi quelquefois avec angoisse leur convalescence, nous avons obtenu la guérison... Le résultat en vaut-il la peine ? La récupération sociale de telles malades est-elle possible ?

Tout d'abord, il est bien entendu que l'opération ne doit pas être le terme ultime de notre traitement. Une cure sanatoriale d'un an, parfois davantage, est encore nécessaire. Ce serait folie de remettre ces malades en circulation.

Ces précautions étant prises, nous pouvons affirmer que les malades guéries le sont d'une manière excellente. Elles restent, sans doute, un peu fragiles, comme toutes les anciennes bacillaires, mais leur récupération sociale est possible dans des conditions de travail surveillées.

L'idéal, pour de telles malades, serait, évidemment, le véritable village de tuberculeux guéris, avec ses règles spéciales de vie et de travail, sa surveillance par les inspecteurs d'hygiène, etc...

Néanmoins, les résultats obtenus, tels qu'ils sont, nous semblent fort satisfaisants et suffisent, à nos yeux, pour légitimer l'intervention chirurgicale.

LES OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Docteur Jean Villar). — Inédite

M^{me} P., âgée de 27 ans, entre à Haut-Lévêque le 13 mai 1935. Depuis mars 1934, elle est traitée pour péritonite tuberculeuse et a été laparotomisée en avril 1934, opération suivie de l'apparition d'une fistule abdominale, à la partie basse de la cicatrice.

Abcès costal en novembre 1934.

Examen : 16 mai 1935. — Assez bon état général. Pas de fièvre. Poids : 49 kilos 200. Ne tousse pas, ne crache pas. Auscultation négative. B.W. négatif.

La fistule, profonde, conduit dans une poche annexielle droite collée à l'utérus, adhérente à la paroi abdominale. Au toucher : utérus gros, deux masses annexielles, le tout légèrement mobile. Le reste du ventre est souple.

Opération : 5 juillet 1935 (Docteur J. Villar).

Anesthésie générale, éther Ombredanne.

Laparotomie. On trouve une masse composée par l'utérus réuni à sa face postérieure par de multiples adhérences au gros intestin et en avant à la vessie.

La multiplicité et l'importance des adhérences interdisent l'accès et l'exploration des régions annexielles. La paroi est refermée : fils de bronze, crins. On abouche la fistule intestinale à la partie inférieure de la plaie opératoire.

Suites opératoires immédiates bonnes. Dans les 2 premiers jours, vomissements verts, non fétides. Le 8^e jour : élévation thermique. Température à grandes oscillations. La plaie opératoire suppure légèrement. Ablation des points. La température tombe. Bon état général et local.

22 novembre 1935. — Amélioration de l'état général. Poids : 53 kilos 300. La fistule persiste. On la traite par le crayon de nitrate d'argent.

21 décembre 1935. — On injecte tous les jours de l'éther iodoformé dans la fistule. On dilate l'orifice par une laminaire qu'on change toutes les 24 heures. Un abondant écoulement de pus se produit dans les premiers jours.

5 février 1936. — Traitement radiothérapique, qui amène une poussée de température au mois de mars. On supprime les rayons X.

19 mai 1936. — Fonte complète de la masse pelvienne droite. Ventre souple, excellent état général. Poids : 56 kilos.

Juin 1936. — Héliothérapie.

Juillet 1936. — Curettage d'une chondrite de la 10^e côte droite (Docteur J. Villar).

Août 1936. — Toucher vaginal : il reste une petite masse annexielle gauche, collée au bassin; à droite, R.A.S.

Curettage de la fistule. Poids : 57 kilos 500.

18 septembre 1936. — La malade, dont l'état est stationnaire, quitte le sanatorium. Sa fistule est encore ouverte.

Nous n'avons plus eu de ses nouvelles.

OBSERVATION II (Docteur Jean Villar). — Inédite

M^{lle} D., 20 ans. Entrée le 24 décembre 1933, à Labenne (Seine-et-Oise). Laparatomisée en octobre 1931 pour péritonite tuberculeuse. Hystérectomie subtotal. Fistulisation de la plaie opératoire.

Examen le 26 décembre 1933. — Jeune fille en assez bon état général. Examen pulmonaire négatif. Ventre souple, indolore. Pas de gâteau, pas d'ascite. Palpation profonde des fosses iliaques douloureuse, surtout à droite. Petite fistule, médiane et sus-pubienne, donnant très peu. Pas de fièvre. Excellent appétit. Poids : 45 kilos.

Janvier 1934. — Aggravation notable. Amaigrissement. Anorexie. Apparition d'un abcès froid carotidien droit et d'un abcès sus-pubien suppurant abondamment. Héliothérapie.

Mars 1934. — Abscès carotidien tari. Suppuration sus-pu-bienne peu importante. On continue l'héliothérapie.

Juillet 1934. — Amélioration notable.

Opération : le 20 novembre 1934 (Docteur X.). — Lapa-rotomie. Adhérences multiples et serrées. On ne trouve qu'un moignon cervical d'hystérectomie subtotale et une masse annexielle droite kystique (hématosalpinx). Le trajet fistuleux aboutit à un bloc d'adhérences fusionnant vessie, col utérin, anse sigmoïde et au-dessous le rectum, dont la paroi est déchirée sur un centimètre. Suture de la déchirure. Ablation de la masse annexielle. Drain vaginal par une incision du Douglas et Mikulicz.

24 novembre 1934. — Suites opératoires très simples.

1^{er} décembre 1934. — On enlève le sac du Mikulicz.

Fistule stercorale paraissant provenir du rectum.

Janvier 1935. — La fistule ne donne presque plus de matières. Etat général très amélioré. Nitratage des bourgeons.

L'état local reste stationnaire.

Août 1935. — Envoyée à Pessac. Bon état général. La fistule continue à donner.

Octobre 1935. — Lavement au bleu de méthylène, après dilatation de la fistule. Vérification après 48 heures. Le bleu passe dans les parois de la fistule.

Février 1936. — Séances de radiothérapie (Docteur Mathy-Cornat). Amélioration, mais la fistule continue à couler.

Juillet 1936. — Etat stationnaire. La fistule coule et les matières continuent à passer.

Octobre 1936. — Fistule semblant directe, sans masse inflammatoire. Injection de lipiodol. La radiographie montre la communication intestinale.

Opération : 26 octobre 1936 (Docteur J. Villar). — Lapa-rotomie médiane circonscrivant la fistule. Dégagement de la masse épiploïque et isolement d'une anse grêle, très adhérente au trajet, mais qui n'est pas ouverte. En suivant le trajet dans la profondeur, on arrive sur le gros intestin et,

la fistule réséquée, il reste un orifice gros comme une pièce de 2 francs dans la paroi intestinale. Suture en 3 plans de l'intestin (le sigmoïde probablement). On péritonise avec le colon rabattu sur le dôme vésical disséqué lors de l'ablation du trajet. Un drain sous-péritonéal dans le Douglas, un autre, petit, dans la paroi (48 heures). Fermeture de la paroi par plans séparés.

27 novembre 1936. — La petite fistule coule encore. Curettage.

Janvier 1937. — Cicatrisation abdominale complète. L'état général s'améliore. Poids : 48 kilos.

Juin 1937. — Amaigrissement considérable (6 kilos). As-thénie. Hypotension. Légère pigmentation cutanée. Traitement par le NaCL.

Septembre. — Parfait état général. Guérison locale complète. Enorme amélioration de l'état général.

14 octobre 1937. — Quitte l'établissement complètement guérie.

Cette malade a, depuis, donné d'excellentes nouvelles de sa santé au Docteur Villar. La fistule ne s'est jamais rouverte. Elle a repris son travail (juillet 1938).

OBSERVATION III (Docteur Jean Villar). — Inédite

M^{lle} B., 15 ans, entre à Haut-Lévêque le 30 décembre 1935. Atteinte de tuberculose péritonéale, cette jeune fille a subi déjà deux interventions chirurgicales. Dans la seconde (1934), le chirurgien, espérant amener la guérison d'une fistule qui va de la paroi (incision médiane de la première intervention) au cul-de-sac vaginal postérieur, enlève l'appendice nettement malade, enfoui au milieu d'adhérences du grêle. Une des multiples granulations siégeant sur le péritoine est prélevée. Réponse du laboratoire : Tuberculose.

Examen : 4 janvier 1936. — Bon état général. Pas de B.K. dans les crachats. Aucun signe pulmonaire. B.W. négatif. Fistule de la paroi abdominale, communiquant avec le cul-de-sac vaginal postérieur. Au toucher vaginal : ablation fort

probable de l'ovaire gauche, rien dans le cul-de-sac gauche. A droite, grosse masse, peu mobile, donnant l'impression d'adhérences, flanquant l'utérus.

On institue un traitement médical associé à une série de rayons ultra-violets.

6 mai 1936. — Bon état général. On décide d'intervenir.

Opération : 12 mai 1936 (Docteur J. Villar). — Anesthésie générale, éther Ombredanne. Incision médiane. Libération du trajet fistuleux après résection épiploïque. On se rend compte que la fistule passe au milieu d'un magma d'anses grêles, qui sont, une à une, disséquées et, pour deux d'entre elles, repéritonisées. Il n'y a pas de granulations au niveau de ces anses. On a alors accès sur le petit bassin. Il existe une double annexite tuberculeuse (granulations). Sur les annexes sont collées 3 autres anses intestinales. On incise les poches purulentes, des fongosités s'écoulent et l'on peut ainsi, sans dommage pour l'intestin, refouler ces adhérences très serrées du grêle avec la vessie. On libère ensuite le rectum en arrière, puis les annexes gauches, au ras des gros vaisseaux, au détroit supérieur. L'utérus est isolé, mais la vessie, infiltrée à sa base, reste très adhérente. On essaie de la refouler, mais on se rend compte qu'on risquerait une fistule vésicale. On se contente donc d'inciser le col utérin, un peu haut, et on termine par un américain qui permet d'extirper la grosse masse annexielle droite. Excellente hémostase. Incision médiane du col pour faire un drainage vaginal par drain et par mèches. Péritonisation colo-vésicale hermétique. Péritonisation de la masse intestinale. Fixation de l'épiploon. Un simple drain en arrière des anses intestinales.

Suites opératoires immédiates favorables.

Ablation du drain abdominal le 2^e jour, des mèches et du drain vaginal le 7^e jour. Aucun écoulement stercoral, ni abdominal, ni vaginal. Température entre 37° et 39°. Suppuration légère au niveau de la plaie abdominale. Deux ou trois points musculo-cutanés s'abcèdent et tournent à l'ulcération bacillaire.

A mesure que descend la température et que l'état général se remonte, tout s'arrange. La cicatrisation de ces ulcéro-fistules va se faire dans les jours suivants.

6 juillet 1936. — Température oscillant encore entre 37° 8 et 39°. La malade accuse des pertes purulentes par le vagin. Curettage avec une curette moyenne des trajets fistuleux.

7 août 1936. — Amélioration notable de l'état local. Il persiste une toute petite fistulette. Céphalées.

30 septembre 1936. — Céphalalgie continuelle. Température : 37° - 37° 8.

15 octobre 1936. — Arrêt complet de la suppuration abdominale. Il persiste un écoulement vaginal. R.A.S. au toucher vaginal.

27 novembre 1936. — Céphalées persistantes. T.A.: max.: 10; min.: 9. 10 gouttes d'adrénaline deux fois par jour. Ponction lombaire à envisager.

15 janvier 1937. — R.A.S. sauf céphalées.

13 mars 1937. — Abdomen en bon état. Fistule fermée. Etat général reste médiocre.

16 avril 1937. — Amaigrissement considérable (5 kilos). Céphalée persistante. Signe de la raie blanche de Sergent. On pense à une maladie d'Addison fruste. On institue un traitement par la biocholine (12 injections), puis un traitement au NaCL en cachets (12 gr. par jour).

Juin 1937. — Etat stationnaire. La malade se plaint de mal supporter le traitement chloruré. Son moral est très mauvais.

Juillet 1937. — La malade, qui ne tire plus aucun bénéfice de sa cure sanatoriale, quitte l'établissement, après avis médical et chirurgical, un changement de climat lui étant souhaitable. La guérison abdominale est entière, la cicatrisation absolument complète. Du côté vaginal, il persiste quelques pertes banales.

OBSERVATION IV (Docteur Jean Villar). — Inédite.

La malade (P.), âgée de 21 ans, entre à Labenne (S.-et-O.), pour tuberculose génitale, en avril 1935. Après un séjour d'environ 6 mois dans cet établissement, elle est envoyée à Haut-Lévêque. Poids : 41 kilos.

Examen : 13 octobre 1935. — Ventre non souple, douloureux dans la région du bas-ventre. Au toucher rectal : petites masses annexielles dures : à droite, plus importante et plus douloureuse ; à gauche, plus mobile. Diagnostic de pelvi-péritonite bacillaire. Examen pulmonaire négatif. Etat général assez bon. Appendicectomie en 1929.

5 février 1936. — Grosse amélioration. Diminution de volume de la masse droite. Excellent état général.

Opération : 18 avril 1936 (Docteur J. Villar). — Anesthésie générale, éther Ombredanne. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Libération d'adhérences épiploïques et d'une première anse grêle très adhérente au foyer pelvien. On aperçoit aussitôt du caséum et des granulations. Il s'agit bien d'une pelvi-péritonite bacillaire. Péritonisation soigneuse de l'anse grêle libérée, puis on attaque la face postérieure de l'utérus repéré. On évacue une ou deux collections sanguinolentes de péritonite enkystée. Libération progressive lente de la double annexite. On arrive péniblement à extérioriser l'annexe droite (bacillose tubaire et ovaire kystique). Malheureusement, l'adhérence est telle qu'on aperçoit l'intestin déchiré sur une longueur de 3 centimètres. On achève l'hystérectomie subtotal par le procédé américain, de gauche à droite, terminant par l'ablation de l'annexe droite terriblement adhérente.

Hémostase. Vérification du rectum. Un premier petit orifice, au ras de l'insertion recto-vaginale, est suturé en double bourse. La déchirure est enfouie à son tour au triple surjet, perpendiculaire à l'axe du rectum. Péritonisation en surjet vésico-sigmoïdien au-dessus des sutures rectales. On laisse

simplement un drain dans le Douglas par l'extrémité droite du surjet. On complète le drainage par une petite mèche iodoformée et deux compresses qui sont placées au-dessus de la péritonisation et autour de la sortie du drain du Douglas. Fermeture en un plan au fil de bronze.

Suites opératoires excellentes. Après une hyperthermie d'une semaine (38° 5), tout se calme; l'état général est très vite excellent.

Mais le 6^e jour, drain et mèches enlevés, il persiste une fistule pariétale purulente, par où passent, de temps en temps, quelques gaz attestant la communication intestinale.

19 mai 1936. — Bons résultats d'intervention.

22 juin 1936. — Fistule pariétale traitée énergiquement par cautérisation au nitrate d'argent et héliothérapie.

6 juillet 1936. — Curettage du trajet. Petite fistule. Bon état général.

7 août 1936. — Curettage et nitrage du trajet.

15 octobre 1936. — Grosse amélioration de l'état général et local, mais la fistule persiste toujours.

27 novembre 1936. — Nouveau curettage. Rayons ultra-violets.

13 décembre 1936. — Fermeture complète de la fistule.

13 mars 1937. — La fistule s'est ouverte à nouveau.

16 avril 1937. — A eu 3 radios après injection de lipiodol. Aux dires de la malade, le lipiodol injecté est passé en partie par l'anus.

4 juillet 1937. — Nouvelle cicatrisation.

1^{er} août 1937. — Réouverture. Curettage.

7 septembre 1937. — Injection de lipiodol dans la fistule. Il passe dans les selles au bout d'une heure et demie. On répète cette injection tous les 8 jours.

22 novembre 1937. — Injection dans la fistule de 2 cc. de scléro-sérum qui passe très rapidement dans les selles, en provoquant des coliques.

14 janvier 1938. — L'examen de la fistule montre un *trajet direct*. Une série de radiographies affirme la fistule intestinale.

10 juin 1938. — La fistule, qui s'était à nouveau fermée, est réouverte. L'état général est satisfaisant. Poids : 57 kilos 500. L'intervention est décidée.

Opération : 17 juin 1938 (Docteur J. Villar). — Anesthésie à l'éther. Laparotomie en circonscrivant la fistule. Peu d'adhérences. Le trajet se voit nettement, plongeant dans le petit bassin. Il y disparaît dans un magma d'anses grêles, dur et compact. Trois anses sont, une à une, disséquées, puis suturées, car des brèches se sont produites. Le cœcum est également suturé. La vessie est disséquée du rectum, où se termine le trajet. Au ras de l'intestin, section du trajet. Triple enfouissement au fil de lin. Un petit drain est laissé dans le fond du Douglas. Péritonisation. Fermeture de la paroi en trois plans. Suites opératoires excellentes.

11 juillet 1938. — Très bon état général. Il persiste un trajet profond au niveau du drain. La suppuration diminue ; à peine quelques gaz passent.

25 août 1938. — Il ne reste qu'une fistulette. Plus de gaz. Injection de lipiodol deux fois par semaine.

21 septembre 1938. — Badigeonnage au chlorure de zinc. La radiographie (lipiodol) montre la persistance d'une fistulette directe jusqu'au rectum.

15 novembre 1938. — La malade que nous avons vue nous-même est dans un état général excellent. La fistule est fermée depuis un mois. Son départ de l'établissement est envisagé pour dans deux mois.

Dans toutes ces observations, l'examen histo-pathologique du trajet fistuleux a été fait par M. de Grailly. La réponse a toujours été : Tuberculose.

OBSERVATION V (Docteur Jean Villar). — Inédite.

Fistule cataméniale

M^{lle} C., 17 ans, entre à Haut-Lévêque, pour tuberculose annexielle chronique, avec fistule abdominale. Cette jeune fille, réglée à 13 ans 1/2, et toujours bien réglée depuis, commença à souffrir du ventre en avril 1935. En juillet 1935 : forte crise très douloureuse. Le médecin appelé porte le diagnostic de péritonite aiguë généralisée, d'origine appendiculaire. Opération à chaud, sans drainage. Huit jours après, une petite fistule fait son apparition, donnant du pus.

De retour chez elle, le médecin traitant incise la cicatrice et mèche pendant 10 mois.

En mai 1936, l'incision est cicatrisée, mais la malade continue à souffrir de son ventre. Elle a présenté deux fortes crises, très douloureuses, nécessitant son alitement, avec glace sur le ventre.

En janvier 1937, nouvelle crise avec forte poussée fébrile et douleur dans tout le ventre.

Opération : 7 janvier 1937. — Collection purulente dans la fosse iliaque gauche. Ablation de la trompe et de l'ovaire gauche perdus dans cette collection. Laboratoire : bacillose.

A la suite de cette intervention, il persiste une fistule qui s'ouvre par intermittence. Au moment des règles, il se produit, par la fistule abdominale, un écoulement sanguin.

Séjour de 3 mois à Arcachon. Héliothérapie. Amélioration générale et locale. A son retour chez elle, elle consulte le Professeur Legrand, de Roubaix, qui conseille son envoi à Haut-Lévêque.

3 août 1938. — Examen (Docteur Jean Villar) : Jeune fille en bon état général. Examen du cœur et des poumons négatif. Poids : 51 kilos 840. Température oscillant entre 37° 5 et 38°. Au toucher rectal, on sent un utérus un peu gros, antéfléchi, mobile. Un empâtement léger l'unit à la fistule iliaque gauche. A droite, pas d'annexe appréciable. La fistule est toujours cataméniale.

Héliothérapie. Phosphates. Cautérisation au nitrate d'argent.

9 août 1938. — B.W. négatif. Une radiographie après lipiodol ne montre pas de communication intestinale. La fistulette est imperméable au stylet.

15 novembre 1938. — Amélioration générale et locale. Cette malade sera, très prochainement, opérée par le Docteur J. Villar. Fistule directe, sans fistule intestinale. Le pronostic est très favorable.

OBSERVATION VI (Docteur Jean Villar). — Inédite.

M^{me} V... est envoyée au Docteur J. Villar, par le Docteur Balans. Cette malade est entrée à « Bagatelle » le 30 janvier 1934, pour un syndrome pseudo-typhique. Après un mois, les examens restant négatifs, le diagnostic de typho-bacillose est porté. Le Docteur J. Villar constate une pelvi-péritonite tuberculeuse bloquant le petit bassin, avec un pyosalpinx particulièrement développé à gauche. Etant donnés la température et l'état général lamentable, cette femme est traitée médicalement pendant 6 mois. Au bout de ce temps et après plusieurs alternatives de mieux et d'aggravation, la situation semble stabilisée. Les lésions, énormes, surtout à gauche, où il existe une vaste poche kystique, se sont assez nettement individualisées dans leurs contours. Il existe un très léger degré de mobilité utérine. Pendant le dernier mois d'observation, il semble qu'on soit arrivé à un point mort et que la petite température — 37° 5, 37° 8 — qui persiste, très différente de la grande fièvre hectique des débuts, soit uniquement attribuable aux lésions pelviennes. On décide d'intervenir.

Opération : 9 août 1934, à « Bagatelle » (Docteur J. Villar; anesthésie : Docteur Balans; aide : Docteur Darmaillacq). — La laparotomie montre, après dégagement de 2 anses grêles très adhérentes et qu'il faut suturer, après résection épiploïque et clivage du sigmoïde collé sur les lésions, qu'il

existe une énorme poche purulente remplissant le petit bassin à gauche et collée contre la paroi. On ponctionne ce kyste et l'on retire environ 300 cc. de pus d'odeur infecte. Cependant, quelques granulations sur l'utérus, extériorisé péniblement, et sur l'autre annexe très adhérente, font poser le diagnostic de bacillose surinfectée. L'hystérectomie, très difficile, est accomplie de droite à gauche, et l'énorme poche purulente extirpée sans l'avoir ouverte. Très bonne hémostasie. Exploration minutieuse du recto-sigmoïde. Suture d'une déhiscence à la jonction des deux segments avec péritonisation au fil de lin en 2 étages.

Le petit bassin est complètement dépéritonisé et suintant. L'anse sigmoïde, elle-même, qui a été disséquée de près, n'offre, comme couverture péritonéale possible, qu'un très faible recours. A regret, mais vu l'impossibilité d'une satisfaisante péritonisation colo-vésicale et, vu l'infection secondaire certaine, on se décide à poser un Mikulicz. Fermeture de la paroi en trois plans.

Suites opératoires : Pas de Shock. Température pendant 8 jours. Le 8^e jour, apparition d'une fistule stercorale massive. Ablation du Mikulicz. Légère désunion du bas de la plaie.

Cependant tout s'arrange progressivement. Au 25^e jour, il reste une fistulette stercorale, par où passent un peu de pus et des gaz par périodes.

La malade quitte « Bagatelle » en novembre. 15 séances de rayons ultra-violets sont faites.

Malgré cela, la fistule va persister pendant toute l'année 1935, en dépit de dilatations, curettages légers et attouchements au nitrate d'argent ou au chlorure de zinc.

26 août 1936. — Curettage à « Bagatelle » (Docteur J. Villar). Le curettage, suivi d'un attouchement au nitrate d'argent, est effectué très profondément. Dix jours après, fermeture de la fistule.

Depuis septembre 1936, la malade a été revue régulièrement par le Docteur J. Villar. La guérison est restée parfaite. L'état général est splendide. Elle a engraisé de 15 kilos.

L'examen de la pièce opératoire fut fait le 10 août 1934 par le Docteur Bonnard. Réponse : énorme pyosalpinx tuberculeux.

OBSERVATION VII. — Inédite.

(Dûe à l'obligeance du Docteur Douay, Paris)

M^{me} R... a été hospitalisée à Broca pendant 5 mois en 1932. Elle avait 28 ans à ce moment. Elle entre à l'hôpital le 1^{er} février pour une salpingite double suppurée. Le 13, une collection purulente s'ouvre dans le rectum. Amélioration de courte durée.

Le 18 février, colpotomie pour améliorer le drainage. Suppuration persistante. Fièvre à grandes oscillations. Amaigrissement considérable.

Opération : 27 février 1932 (J.-L. Faure). — Tuberculose suppurée bilatérale. Lésions très étendues. Hystérectomie subtotale par hémisection. Mikulicz.

Suites opératoires graves. Matières dans le drainage à la Mikulicz au 5^e jour. Cicatrisation lente avec fistule stercorale persistante. Ablation précoce du sac au 6^e jour.

5 grattages à la curette sont faits pendant les 3 mois suivants. Le nettoyage des trajets est pratiqué à fond, jusqu'au niveau du rectum, avec précaution pour ne pas pénétrer dans l'intestin et agrandir l'orifice de communication. Ces petites interventions sont faites sans anesthésie, ou seulement avec une bouffée de chlorure d'éthyle. On pratique, en outre, le chauffage du ventre avec l'appareil de Jayle. Enfin, diathermie, ultra-violets, traitement calcique sont employés.

Une amélioration progressive se produit et la malade quitte l'hôpital le 4 juin 1932 pour un séjour à la campagne. A ce moment, elle présente encore une fistule stercorale laissant

passer des gaz et, parfois, des matières. L'eau du lavement passe, abondante, par la fistule. La malade a grossi de 2 kilos, mais ne pèse encore que 32 kilos.

Revue le 21 septembre, elle pèse 37 kilos 500. La plaie est à peu près cicatrisée, mais il reste une fistule communiquant avec le rectum. Au toucher, on sent encore une induration pelvienne. En mars 1933, état stationnaire; elle entre à nouveau à Broca.

Opération : 3 avril 1933 (Docteur E. Douay). — Le trajet est coloré par une injection de bleu de méthylène. Anesthésie générale. Incision elliptique pour passer en dehors du tissu cicatriciel. Ouverture prudente de la cavité péritonéale au voisinage de l'ombilic. Décollement par dissection et avec grande prudence des anses intestinales, pour se rapprocher peu à peu du trajet fistuleux repérable grâce à sa coloration. A noter que les anses sont adhérentes, mais qu'on ne voit plus de granulations à leur surface.

Le trajet fistuleux est irrégulier et présente des diverticules remplis de fongosités. Ceux-ci sont grattés à la curette et leur surface passée à la teinture d'iode. La vessie forme une partie du trajet et on reconnaît le moignon cervical. Enfin, on atteint le rectum, la communication est assez haute, ce qui permet de mobiliser l'intestin et de voir nettement l'orifice de communication. Le tissu fibreux qui en forme les bords est réséqué. Il n'y a plus de tuberculose en évolution, mais il y a, après avivement, un intestin capable de supporter les points de suture. Points isolés à la soie; tentative d'enfouissement par un deuxième surjet au catgut sans résultat satisfaisant. On place, par dessus, l'épiploon qu'on fixe à la vessie. Petit Mickulicz vers la droite, le sac étant séparé de la suture rectale par la barrière épiploon-vessie. Sutures de la paroi en 3 plans.

Suites favorables. Va à la selle le 11^e jour, après purgation (huile de ricin). Un peu de matière vient par la plaie abdominale, mais les jours suivants, les matières ne sortent plus, seulement des gaz en petites quantités.

Mai 1933. — Abscès de la fosse iliaque qui est incisé. Nouvel abcès dans la région lombaire droite.

19 juin 1933. — Opération (Docteur E. Douay). — Débriement de l'abcès iliaque et incision de l'abcès lombaire. Une grosse curette mousse est placée dans la poche iliaque et retire une quantité considérable de fongosités tuberculeuses. Peu à peu, la curette pénètre profondément et finit par sortir, en arrière, au niveau de l'incision du triangle de J.-L. Petit. Nettoyage à l'alcool iodé. On se rend compte qu'il n'y a pas de diverticule dans le pelvis vers la fistule rectale qui semble bien fermée. Drainage court en arrière, mèche en avant.

Cicatrisation rapide; l'état général s'améliore.

En septembre, petit grattage de la plaie iliaque. Poids : 45 kilos.

Décembre 1934. — Etat général très amélioré. 54 kilos. Cependant, les petites fistules iliaques ont donné un peu de pus par intermittence. Au toucher rectal, les lésions pelviennes sont améliorées; on constate une souplesse relative du Douglas.

Février 1935. — La malade a maigri : 51 kilos. La fistule s'est ouverte. Nettoyage du trajet, sans anesthésie, le 25 février. Fermeture le 1^{er} mai.

Mai 1936. — Très bon état général. 52 kilos 500. Cicatrice fermée depuis un an.

Septembre 1936. — Bouffées de chaleur. On fait un benzo-gynœstryl (1 mm.) chaque mois pendant 1937.

Mai 1938. — Revue en bon état. Cicatrice abdominale faible. Eventration. Serait à opérer, mais préfère garder sa ceinture. Travaille sans trop de fatigue.

Dans une lettre jointe à cette observation, le Docteur Douay a eu l'amabilité de nous donner son opinion personnelle sur la question du Mikulicz. Nous lui laissons la parole : « La pression du Mikulicz a une action mauvaise et favorise la

perforation ultérieure de l'intestin. Il faut éviter le plus possible son emploi dans la tuberculose, où il est d'ailleurs moins nécessaire que dans les autres cas, probablement parce que le pus est moins septique et aussi parce que le péritoine est habitué à se défendre. »

OBSERVATION VIII. — *Fistule cataméniale*

(Due à l'obligeance du Professeur Jeanneney)

Marie-Antoinette L., 27 ans, vient, en juin 1930, pour se faire opérer de deux hernies inguinales, datant de 3 ans. La gauche, grosse comme une noix, a toujours été réductible; la droite, de la grosseur d'un œuf de poule, a toujours été irréductible et souvent douloureuse.

Antécédents nuls. Femme maigre, ayant une paroi abdominale faible. Etat général médiocre.

Opération : 23 juin 1930 (Professeur Jeanneney ; aide : Docteur Queyron). — A gauche, cure chirurgicale suivant le procédé de Forgue. A droite, incision inguinale. On découvre le contenu de la hernie qui est formé par un pyosalpinx. La trompe, tordue, est remplie d'un pus crémeux, jaune vert. Ablation de la trompe. Hémostase. On termine par une cure chirurgicale ordinaire sans drainage.

Suites normales; le côté gauche cicatrise; le côté droit aussi et la malade rentre chez elle.

Cinq mois après, douleurs lancinantes au niveau de la cicatrice droite, suivies de la formation d'un abcès chaud. Ouverture. Drainage. Cicatrisation.

Un mois plus tard, lors de l'apparition des règles, du sang se montre au niveau de la cicatrice et une hémorragie minime, de quelques gouttes par jour, se produit et disparaît en même temps que les règles. Dès lors, la situation ne change pas : une fistule abdominale hémorragique cataméniale est constituée. L'état général reste excellent.

A l'examen, on aperçoit, à l'extrémité inférieure de la cicatrice, un orifice minime de 2 millimètres de diamètre environ, obturé par une petit croûte, qui n'est le siège d'au-

cun phénomène inflammatoire. Le cathétérisme par stylet permet de suivre un trajet ascendant sur une longueur de 2 cm. mais n'apporte aucune autre donnée. Une radiographie, après injection de lipiodol dans l'orifice, montre un trajet d'abord oblique ascendant externe, puis courbé en dedans et vers la profondeur et se terminant dans la cavité péritonéale, puisque le lipiodol se collecte dans le Douglas.

15 décembre 1931. — Deuxième intervention: Extirpation en bloc du trajet fistuleux jusqu'au péritoine; ligature à la base. Suture sans drainage.

Quelques jours après, la malade revient chez elle, guérie et sans fistule.

L'examen anatomo-pathologique du fragment extirpé montre la présence de tissu fibro-caséeux avec tubercules à cellules géantes.

La malade, revue le 5 avril 1932, est en parfait état.

OBSERVATION IX. — Inédite

(Due à l'obligeance du Professeur Loubat)

M^{me} X... présente en 1924 des accidents péritonéaux lents dont la répétition nécessite une intervention chirurgicale.

Opération à Rochefort (Docteur X...). Laparotomie médiane. On constate des lésions assez étendues des 2 trompes qui présentent quelques granulations. Une chirurgie conservatrice est jugée suffisante et l'on procède à une salpingectomie bilatérale. Drainage abdominal. Mikulicz.

Les suites opératoires sont aggravées par l'apparition d'une fistule stercorale siégeant à la partie inférieure de la plaie opératoire et par une éventration au niveau de la partie haute. Cependant, l'état général s'améliore sensiblement et la malade rentre chez elle.

L'examen microscopique de la pièce précise la nature tuberculeuse des lésions.

Pendant de nombreuses années, la malade, qui fait de fréquents séjours à la campagne, va garder sa fistule. Celle-ci

subit des alternatives, s'ouvrant, se fermant, s'ouvrant à nouveau et laissant passer du pus, quelquefois des gaz et même une ou deux fois des matières. L'état général s'est considérablement amélioré.

Dix ans après, en 1934, la malade vient consulter le Professeur Loubat. Devant cette éventration et cette fistule dont la nature stercorale ne fait aucun doute, celui-ci décide d'intervenir.

Opération (Professeur Loubat) : 1934. — Laparotomie. L'intervention est rendue délicate et laborieuse par la présence de nombreuses adhérences. Le trajet fistuleux, disséqué, aboutit à une anse intestinale, dont la brèche est réséquée, puis suturée. La totalité du trajet, qui est court et direct, d'ailleurs, est extirpée. On termine par l'hystérectomie subtotale.

Guérison parfaite. La malade, revue en 1938, a une cicatrisation sans défaut.

OBSERVATION X (Parcelier)

Cette observation, ainsi que la suivante, a déjà été publiée en 1932. Nous avons cru bon d'en redonner au moins l'essentiel.

Denise L., 30 ans, hospitalisée pour annexite gauche.

1^{re} Opération : 20 juin 1928. Castration utéro-ovarienne, rendue pénible par les adhérences. Mikulicz. Quatre jours après, fistule stercorale, traitée par les rayons ultra-violets. Le 25 septembre 1928, elle quitte le service, la fistule étant améliorée.

Elle revient le 17 avril 1929, la fistule laissant passer gaz et sérosité. On décide de réintervenir.

2^e Opération : 20 avril 1929. — Laparotomie. Excision de la cicatrice. Péritoine sain. Le trajet fistuleux apparaît, bien individualisé, adhérent à la vessie. L'extirpation paraissant impossible, on le ferme en l'invaginant sur lui-même. Ablation du moignon cervical.

Septembre 1929. — La malade revient. La fistule persiste toujours. Il est évident qu'il faut en venir à l'extirpation totale du trajet.

3° Opération : 23 octobre 1929. — On parvient à la sigmoïde qui présente un orifice gros comme une tête d'épingle noire. Suture au fil de lin. Au-dessus, péritonisation par étages.

Revue en mai 1930, la cicatrisation s'est maintenue. L'examen du trajet a montré des lésions tuberculeuses.

OBSERVATION XI (Parcelier)

Yvonne S., 22 ans. Annexite bilatérale.

1°. 27 janvier 1931. — L.M.S.O. Castration utéro-ovarienne. Mikulicz. Vers le 15^e jour, apparition d'une fistule stercorale. L'examen histopathologique montre des lésions tuberculeuses.

2°. 21 février 1931. — Ablation du moignon cervical.

Quand la malade sort, le 18 mai 1931, la fistule persiste, au centre d'une zone fongueuse.

Elle revient dans le service, le 15 janvier 1932, la fistule laissant passer des gaz et de temps en temps quelques matières.

3°. 23 janvier 1932. — Laparotomie. Le trajet adhère fortement à la vessie et à 2 anses grêles. Celles-ci sont péniblement décollées. L'une d'elles présente une perforation où aboutit l'extrémité inférieure du trajet. Suture au fil de lin. Mèche, au niveau de la surface cruentée du bassin, enlevée après 48 heures.

Guérison complète en trois semaines.

L'examen du trajet a montré des lésions tuberculeuses.

OBSERVATION XII (Gerulanos, d'Athènes)

Jeune fille de 25 ans, ayant subi une première opération : Appendicectomie et extirpation d'un gros kyste de l'ovaire.

Drainage abdominal. Dans les suites opératoires, apparition d'une fistule abdominale qui persiste 18 mois et conditionne une nouvelle intervention.

2^e Opération. — Le trajet que l'on aperçoit bien, après l'ouverture, aboutit à une annexe enflammée. Ouvert sur la sonde, on voit qu'il présente quelques granulations. Il est disséqué et extirpé. L'hystérectomie subtotale termine l'opération.

L'examen microscopique montre des lésions tuberculeuses. Guérison.

OBSERVATION XIII (Gerulanos. d'Athènes)

Jeune fille de 25 ans, ayant subi une opération conservatrice, pour tuberculose utéro-annexielle, suivie de drainage abdominal.

Huit mois après, on revoit la malade, qui présente une fistule abdominale. On décide de réintervenir.

2^e Opération. — On procède à la dissection du trajet, qui est large et on termine par l'hystérectomie subtotale, après extirpation dudit trajet. Guérison.

L'examen microscopique montre des lésions tuberculeuses.

OBSERVATION XIV (Convert). — *Fistule spontanée*

Camille G., 23 ans. Pas d'antécédents. En septembre 1918, elle se met à souffrir au niveau de la région inguinale droite où se développe une tumeur allongée, dure, douloureuse, adhérente à la profondeur, considérée et traitée comme une adénite inguinale. Au bout de 2 mois, la tumeur se ramollit et s'abcède, laissant persister une fistule.

Le 30 mai 1919, la malade entre dans le service de M. Delore pour une plaie fistuleuse ayant tous les caractères classiques d'une adénite bacillaire ulcérée banale. Il n'y a plus de phénomènes douloureux, mais la malade a sensiblement maigri. Règles normales et indolentes. Un examen attentif

décèle une annexite bilatérale dont la nature bacillaire paraît d'emblée vraisemblable.

Opération: 8 avril 1919 (M. Delore). L.M.S.O. Double ovaire tuberculeuse. Castration bilatérale. Hystérectomie subtotale avec fente postérieure du col. Péritonisation haute colovaginale. Drainage par mèche vaginale.

Suites opératoires : Suppuration de la paroi, sans gravité. Apparition de 2 fistules stercorales, l'une vaginale, l'autre inguinale au niveau de l'ancienne fistule inguinale. En 12 jours, ces « pseudo-fistules » se tarissent spontanément.

Actuellement, la malade est transformée. Elle a pris de l'embonpoint. Ses plaies sont cicatrisées.

OBSERVATION XV (Violet)

Malade de 32 ans, laparotomisée d'urgence en 1906 pour péritonite pelvienne. Mikulicz. Un an après, la malade revient avec une fistule purulente intarissable. Au niveau de la cicatrice abdominale, on sent une collection droite, grosse comme un poing. Etat général mauvais. Poussées aiguës. L'intervention s'impose. Avant l'intervention, on découvre une pyurie isolée. L'examen des reins est négatif.

Opération (Docteur Violet). — Incision ovale circonscrivant l'orifice fistuleux. Retournement et exclusion de la peau. Ouverture du péritoine. Après libération de quelques adhérences épiploïques, on s'aperçoit que l'orifice abdominal fistuleux répond à un long conduit cylindrique, du volume du petit doigt, allant directement de la paroi abdominale à la corne gauche. A droite, il existe une poche suppurée du volume du poing.

La face antérieure de l'utérus est marquée par des poches de péritonite cloisonnée à contenu louche ou purulent. C'est à une de ces poches que correspond la suppuration vésicale, car on voit le dôme vésical dépéritonisé et présentant en 2 points larges comme des pièces de 5 francs, un tissu de granulations et de fongosités.

Castration totale par hémi-section. Appendicectomie. Hémostase. Une mèche est placée dans le vagin. Fermeture complète de la paroi.

L'examen histologique des pièces a affirmé la nature tuberculeuse des lésions.

OBSERVATION XVI (J. Marx)

Jeune fille de 17 ans. Examinée le 4 mars 1932, elle présente une fistule qui persiste après appendicectomie. Antécédents personnels : péritonite tuberculeuse exsudative en 1930. Guérison.

En 1931 : Appendicectomie; récurrence d'une réaction péritonéale.

Antécédents héréditaires : R.A.S.

On procède à plusieurs nettoyages successifs de la fistule.

6 mars 1932. — Sous anesthésie, sondage de la fistule. Trajet long de 10 cm., sans adhérences, aboutissant à la trompe droite.

Opération. — Après ouverture, on aperçoit l'annexe droite sous la forme d'une tumeur pleine de pus. Opération conservatrice: castration unilatérale.

Le 4 juin, la malade quitte l'hôpital guérie.

OBSERVATION XVII (Bérard)

Femme présentant, depuis novembre 1911, des douleurs abdominales. Au toucher, on sent dans le cul-de-sac postérieur, une masse distincte de l'utérus, irrégulière, assez grosse et présentant par endroits de la fluctuation.

6 mai 1911. — Opération: Hystérectomie totale. Péritonisation difficile, parfois même impossible.

Suites opératoires aggravées par 2 fistules : la première s'établit le 23 mai, entre l'S iliaque et le vagin, lorsqu'on enlève les mèches vaginales; la seconde, huit jours plus tard, par la partie inférieure de l'incision abdominale.

L'état général en souffre beaucoup. Température au-dessus de 38°. Signes d'anémie et de dénutrition.

Pendant 3 mois, les fistules furent pansées soit à l'huile goménolée, soit au xéroforme, sans résultat appréciable. On a alors l'idée de lui faire de la photothérapie sur la paroi abdominale. On lui applique pendant plusieurs semaines, plusieurs heures par jour, l'appareil de Miramond de la Roquette, qui combine l'action thérapeutique de la lumière à celle de la chaleur.

Résultats excellents : Les fistules se sont cicatrisées rapidement; la température a repris sa courbe normale et l'état général de la malade s'est transformé.

Le professeur Daniel (de Bucarest), de passage à Bordeaux, a bien voulu nous accorder un entretien personnel et nous a fait l'honneur de nous donner ses opinions sur notre sujet. Nous lui exprimons ici toute notre reconnaissance pour la bienveillance de son accueil. Nous résumons dans les lignes suivantes les points importants sur lesquels il a bien voulu attirer notre attention :

1. Le drainage est à rejeter dans les opérations pour tuberculose utéro-annexielle, comme, d'ailleurs, dans presque tous les cas où il s'agit de tuberculose. Le Mikulicz ne trouve son emploi que dans les cas où il s'agit de tuberculose surinfectée ; il faut alors le placer loin des parois intestinales, surtout s'il existe des sutures de cet intestin. Malgré ces précautions, une fistule abdominale en résulte dans la plupart des cas.

2. Un long séjour à la campagne ou, mieux, une cure sanatoriale accompagnée d'une alimentation reconstituante s'impose.

Le professeur Daniel a confiance dans la valeur thérapeutique des rayons ultra-violets et surtout de l'héliothérapie, qui, unis à la cure sanatoriale, peuvent, à son avis, amener la guérison. Il a coutume d'attendre au moins 6 mois avant une réintervention chirurgicale. Cette chirurgie est en général très pénible et l'attente, dans les conditions indiquées, ne peut que la favoriser.

CONCLUSIONS

1° Etiologiquement, ces fistules sont, le plus souvent, consécutives à des opérations pour tuberculose utéro-annexielle ; le drainage abdominal, particulièrement le Mikulicz, jouant, en général, un rôle néfaste.

2° Cliniquement, comme étiologiquement, on peut les classer en :

— Fistules spontanées;

— Fistules post-opératoires;

les premières étant, en même temps, plus rares et plus graves.

3° Le diagnostic de ces fistules ne se pose pas, étant évident, mais il importe de préciser, à l'aide du bleu de méthylène, du lipiodol et de la radiographie, l'existence d'une communication intestinale. Notre expérience prouve qu'on parvient, dans la majorité des cas, à la mettre en évidence.

4° Le pronostic est toujours sérieux, tant par la gravité immédiate de la fistule (le processus bacillaire n'ayant, en général, aucune tendance à régresser) que par les risques de complications secondaires.

5° Les méthodes thérapeutiques non chirurgicales ont pu amener quelques améliorations, voire une ou deux guérisons; il n'en reste pas moins que, dans la majorité des cas, elles s'avèrent impuissantes à guérir; et nous les considérons uniquement comme des éléments utiles qu'il faudra toujours employer avant d'avoir recours à la chirurgie.

6° L'opération est dominée par quelques principes essentiels :

- I. L'infiltration bacillaire massive du haut-Douglas et du haut-rectum constitue un obstacle tel, qu'elle est, en général, une indication de battre en retraite.
- II. La cervicectomie est toujours inutile.
- III. Se souvenir que : « Tuberculose n'est pas cancer. »
- IV. Presque toujours, le trajet fistuleux a une origine unique à laquelle le chirurgien doit parvenir.
- V. Drainage vaginal ou abdominal, mais alors, sans mèches, sans Mikulicz.
- VI. Fermeture de la paroi en 3 plans distincts.

7° Les résultats opératoires sont excellents (mortalité nulle). L'intervention doit être associée à une cure sanatoriale pré et post-opératoire, en général très longue, mais indispensable. Ces femmes ne sont pas des malades d'hôpital.

L'acte chirurgical est long, délicat, pénible, mais il faut savoir que la guérison complète en est le terme, suivie d'une récupération sociale telle qu'elle légitime largement l'intervention. Il faut l'oser... Alors, ces malades, habituées à être envoyées d'hôpital en hôpital, de sanatorium en sanatorium, auront une chance de guérison.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine, ou recourir à mes soins, je les soignerai sans salaire, ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu :

Le Doyen,

Pierre MAURIAC.

Vu, bon à imprimer :

Le Président de thèse,

J. GUYOT.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 23 Novembre 1938.

Le Recteur de l'Académie.

G. BOUSSAGOL.

BIBLIOGRAPHIE

1. ADAMS. — Deux cas de fistules, *Ann. Journ. Obstr.*, 1928, pp. 446-479.
2. AUBERT (M.-L.). — *Gyn. et Obst.*, 1933, p. 474.
3. BEAUVIGNON. — *De la salpingite tuberculeuse*. Thèse de Nancy, 1908.
4. BÉRARD. — Castration pour tuberculose utéro-annexielle. Fistules pyo-stercorales consécutives guéries par la photo et l'héliothérapie. *Lyon Médical*, 1913, CXX, pp. 450-452.
5. BECK. — *Wien. Klin. Wehnschr.*, 1911, XXIV, p. 685.
6. BONAL (P.). — *Le Mikulicz dans les annexites bacillaires*. Thèse de Montpellier, 1938.
7. BOSS. — *Arch. für Klin. Chir.*, CXLIII, p. 238.
8. BROcq (P.). — Traitement chirurgical de la tuberculose utéro-annexielle. *Gyn. et Obst.*, août 1933, p. 187.
9. BROcq, MOULONGUET et GIBERT. — Congrès des Gyn. et Obst. de langue française. *Gyn. et Obst.*, 1933, p. 146.
10. BROcq (P.) et DUPEUX (M^{lle}). — Les idées actuelles sur le traitement de la tuberculose utéro-annexielle. *La Médecine*, avril 1934, pp. 272-277.
11. CAZENEUVE. — *De la tuberculose des annexes*. Thèse de Montpellier, 1902.

12. CIARLO. — Traitement chirurgical de la tuberculose génitale de la femme. *La Semana Medica*, 18 août 1927.
13. CONDAMIN (F.). — *Du traitement chirurgical de la tuberculose annexielle. Résultats éloignés*. Thèse de Lyon, 1928.
14. — *Gyn. et Obst.*, avril 1923.
15. CONVERT. — Fistule spontanée dans une tuberculose annexielle. Castration. *Lyon Médical*, 1919, p. 347.
16. DANIEL (Bucarest). — La tuberculose utéro-annexielle. *La Gynécologie*, août 1925, p. 445.
17. — La tuberc. utéro-ann. *Gyn. et Obst.*, mars 1926.
18. — *La tuberculose génitale de la femme*, 1932.
19. DANIEL, GOLDENBERG, BAYLER. — Résultats opératoires d'une série de 33 cas de tuberculose génitale. *Gyn. et Obst.*, 1931, pp. 223-226.
20. DEHAU. — *Etude clinique de la tuberculose annexielle*. Thèse de Paris, 1920.
21. DESGOUTTES et OLIVIER. — Rôle des lésions intestinales dans le pronostic opératoire des annexites tuberculeuses. *Lyon Médical*, 1913, p. 541.
22. DOMINIC. — *Contribution à l'étude de la tuberculose utéro-annexielle*. Thèse de Montpellier, 1935.
23. DOUAY (E.). — *Gyn. et Obst.*, 1933, p. 476.
24. DUPONT (R.). — Fistule recto-vaginale tuberculeuse après colpotomie. *Bull. Soc. Gyn. et Obst.*, 1929, p. 318.
25. DUVERGEY. — Diagnostic et traitement de la tuberculose pelvienne de la femme. *Journal Médical Français*, Paris, 1913, p. 285.

26. — Deux ans de pratique de la méthode de Beck.
Gaz. Hebd. des Sc. Méd. de Bordeaux, 1912,
pp. 397-401.
27. FAURE (J.-L.). — *Rapport au Congrès de Rome*, 1902.
28. — Tuberculose annexielle. *Progrès Médical*, 1922.
29. FLORIS (M.). — E siti di lesioni infiammatorie dei genitali femminili trattate con la röntgentherapia. *La Radiologia Medica*, avril 1931, pp. 486-501.
30. GAL (F.). — Traitement de la tuberculose génitale de la femme. Strahlentherapie Bd. 1933, p. 617 (*Zbl. für Chirurgie*).
31. GAYET. — *Archives Fr.-Belges de Chir.*, juillet 1923, p. 644.
32. GERULANOS. — Chronische Fistelbildung in Abdomen. *Zbl. Chirurgie*, 1926, p. 2936.
33. GHINIS. — *Tuberculose annexielle. Résultats éloignés du traitement chirurgical*. Thèse de Paris, 1922.
34. GIBERT (P.). — La radiothérapie des annexites tuberculeuses. *Bull. Soc. Gyn. et Obst.*, 1933, pp. 606-609.
35. — Physiothérapie de la tuberculose utéro-annexielle. *Gyn. et Obst.*, 1933, pp. 206-219.
36. GREENBERG. — Tuberculose tubaire. Etude clinique de 200 cas. *John Hopkins Hospital Reports*, 1921, t. XXI, p. 323.
37. GRIMAULT. — Tuberculose génitale. *Soc. Obst. et Gyn. de Nancy*, 20 février 1924.
38. GUYOT. — Discussion à la Société de Gyn. et Obst. *Gyn. et Obst.*, 1933, p. 470.
39. GUYOT et PRINCETEAU. — Un cas de tuberculose annexielle. *Bull. Soc. Gyn. et Obst.*, 1926, p. 485.

40. HARTMANN et BERGERET. — Résultats d'intervention pour tuberculose annexielle. *Gyn. et Obst.*, 1920, t. II, pp. 3-21.
41. HEULLY. — Suites éloignées de la tuberculose génitale. *Bull. Soc. Fr. Gyn. et Obst.*, 1924, pp. 538-544.
42. JEANNENEY (G.) et LAPORTE (F.). — Un cas de fistule abdominale cataméniale. *Journal de Méd. de Bordeaux*, 30 mai 1932, p. 415.
43. KELLER. — Remarques sur le trait. de la tuberculose des annexes. *Ginekoloja Polska*, 1925, t. IV, p. 574.
44. — Considér. sur le trait. de la tuberc. des annexes et du péritoine. *Gyn. et Obst.*, 1928, p. 286.
45. LABBÉ (G.). — *Les annexites tuberculeuses méconnues*. Thèse de Bordeaux, 1926.
46. — *Gazette Hebd. des Sc. Méd. de Bordeaux*, juillet 1926, n° 28, pp. 437-446.
47. LAPEYRE (N.-C.). — *Congrès International de la Tuberculose*, Rome, 1912.
48. LAPEYRE, ESTOR. — Tuberculose annexielle à marche aiguë. *Bull. Soc. Gyn. et Obst.*, 1935, p. 531.
49. LAPEYRE (N.), ESTOR (H.), GROS (C.). — Drainage à la Mikulicz dans le traitement des annexites tuberculeuses. *Bull. Soc. Gyn. et Obst.*, janvier 1938.
50. LENORMANT. — Tuberculose génitale de la femme. *Progress Médical*, 27 mars 1909.
51. LENORMANT et MOULONGUET. — Tuberculose annexielle. *Gyn. et Obst.*, 1920, II, p. 397.

52. MARTIN. — *Salpingites tuberculeuses*. Thèse de Lyon, 1905-1906.
53. — Traitement de la tuberculose génitale de la femme. *Strahlentherapie*, 1931, t. XLII, p. 471.
54. MARX (J.). — Eigenartige Bauchfistel in Verbindung mit tuberculosem ovarialabszess. *Beitr. zur Klin. Chir.*, 1934, 159, pp. 478-483.
55. MASSABUAU et GUIBAL. — La thérapeutique conservatrice en gynécologie. *Gyn. et Obst.*, 1933, III, p. 330.
56. MATHEY-CORNAT. — La radiothérapie gynécologique. *Curie et Röntgentherapie*, 1936, pp. 181-188.
57. — Les indications du traitement röntgentherapique de la tuberculose génitale de la femme. *La Médecine*, juin 1933, pp. 458-466.
58. — Indications, techniques et résultats du traitement röntgentherapique de certaines affections inflammatoires des organes génitaux de la femme. *Gyn. et Obst.*, août 1932, p. 137.
59. MULLER (P.). — Un cas de tuberculose annexielle et appendiculaire. *Soc. de Chirurgie de Paris*, 15 mars 1929.
60. NEÏTCHEFF. — *Contribution à l'étude du drainage au Mikulicz*. Thèse de Montpellier, 1936.
61. OLIVIER. — *Traitement de la tuberculose annexielle*. Thèse de Lyon, 1912.
62. PARCELIER. — Fistules pyo-stercorales après intervention pour tuberculose utéro-annexielle. *Soc. de Chir. de Bordeaux et du S.-O.*, 11 février 1932.
63. PARCELIER, VÉNOT. — *Journal de Médecine de Bordeaux*, 10 septembre 1922.
64. PATEL. — *Rapport au Congrès de Rome*, 1912.

65. PETERSON. — 100 cas de tuberculose pelvienne. Résultats du traitement chirurgical. *American Journal of Obst. and Gyn.*, 1922, p. 234.
66. PHILIPPE. — *Contribution à l'étude de la tuberculose annexielle*. Thèse de Lille, 1925.
67. PIOTROWSKA (E.). — *Des fistules pyo-stercorales, survenant après la tuberculose des annexes et leur traitement*. Thèse de Lausanne, 1902.
68. PLEFFERKORN. — Traitement de la tuberculose péritonéale par l'héliothérapie. *Zentr. f. in Med.*, 2 juin 1933, in *Journ. Chir.*, 1923, II, p. 571.
69. REMILLY. — *Sur 32 observations de femmes opérées de tuberculose génitale*. Thèse de Paris, 1920.
70. RICHARD (A.). — Traitement des salpingites tuberculeuses. *Revue Médicale Française*, novembre 1935.
71. ROCHAT. — Traitement chirurgical de la tuberculose annexielle. *Gyn. et Obst.*, 1933, p. 220.
72. SAIDMANN. — La polyradiothérapie, ses principes, ses indications. *Journ. Méd. Fr.*, septembre 1925.
73. — *Les rayons ultra-violets en thérapeutique*, Doin, Paris, 1925.
74. SANTIAGO CHOUHY. — Anexitis tuberculosa perforada en el recto. *La Semana Medica Buenos-Aires*, 6 octobre 1927, p. 897.
75. TAVERNIER. — *Société de Chir. de Lyon*, 1^{er} décembre 1927.
76. TAVERNIER et CHALIER. — Fistule entéro-vaginale tuberculeuse. *Lyon Chirurgical*, 1914, I, p. 621.
77. TURNESCO et LORY. — *Société Anatomique de Paris*, 1921, p. 483.

78. VAN SMITH (G.). — 63 cas de tuberculose tubaire. *American Journ. of Obst. and Gyn.*, novembre 1928, p. 701.
79. VAUTRIN. — Traitement des tuberculoses localisées pelviennes. *La Gynécologie*, janvier 1924, p. 5.
80. VILLARD. — Traitement de la tuberculose annexielle. *Lyon Chirurgical*, 1928, p. 246.
81. VILLARD et CONDAMIN. — Indications du Mikulicz. *Gyn. et Obst.*, 1929, I, p. 250.
82. VIOLET. — Tuberculose hypertrophique de la trompe. *Lyon Médical*, 1912, II, p. 279.
83. VIOLET. — Comment terminer les interventions au point de vue du vice de drainage et de l'emploi du Mikulicz? *La Gynécologie*, 1927, p. 193.
84. — Annexite tuberculeuse fistuleuse de la paroi abdominale ouverte dans la vessie. Castration totale. Guérison. *Lyon Médical*, 1908, CX, pp. 312-315.
85. WEINBERG et ANAL. — Pyosalpinx tuberculeux ouvert dans le gros intestin. *Soc. Anat. Paris*, mars 1932, p. 236.
86. WERTHEIM. — Traitement des fistules tuberculeuses. *Orzegl. Chir. Igineck. Warszawa*, 1911, p. 92.
-

IMPRIMERIES
GRENOUILLEAU-LANDAIS & LES FILS
BORDEAUX
